

# Psiquiatría y Salud Mental durante la pandemia COVID-19



**Material psicoeducativo y recomendaciones para la práctica  
clínica durante la pandemia COVID-19**

Coordinador "*Cuadernos de Salud Mental del 12*":  
Dr. L. Santiago Vega González ( [santiago.vega@salud.madrid.org](mailto:santiago.vega@salud.madrid.org) )

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre  
Madrid (España)

Web oficial: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>

Foto de portada: Jennifer García González, enfermera de Salud Mental del CSM Villaverde, en el hospital 12 de Octubre durante la pandemia (marzo 2020)

Publicación sin fines comerciales: material de uso exclusivamente docente.

Advertencia: La medicina y la psicología clínica son áreas en constante evolución. A medida que las nuevas investigaciones y la experiencia clínica amplien nuestro conocimiento se requieren modificaciones en las indicaciones terapéuticas, en especial en lo que atañe a los tratamientos farmacológicos. Aunque los autores han revisado la última evidencia científica al respecto de los tratamientos que aquí se mencionan se recomienda al lector profano consultar con un especialista médico en lo referente a los tratamientos farmacológicos y al lector profesional de la medicina o psicología revisar las últimas guía clínicas y prospectos oficiales en relación con los tratamientos y, en especial, los fármacos aquí comentados. Esta recomendación cobra especial importancia con respecto a fármacos nuevos o de uso infrecuente.

**Junio 2020**

# **Psiquiatría y Salud Mental durante la pandemia COVID-19**

**Material psicoeducativo y recomendaciones para la práctica  
clínica durante la pandemia COVID-19**

# INDICE

<b>Introducción</b> Gabriel Rubio Valladolid Jefe de Servicio del AGCPSM H.U. 12 de Octubre	5
<b>Recomendaciones sobre autoidados y atención psicológica a los profesionales ante el Coronavirus</b> Unidad de Interconsulta y Enlace	6
<b>Cuidando a los que cuidan. Salud emocional para los profesionales de Atención Primaria</b> CSM de Villaverde	7
<b>Reacciones emocionales en la pandemia. Recomendaciones para los profesionales de Atención Primaria</b> CSM de Villaverde	8
<b>Reacciones emocionales en la pandemia. Recomendaciones para la población general</b> CSM de Villaverde	9
<b>Recomendaciones para la atención telefónica de pacientes ante la pandemia COVID-19 en el Centro de Salud Mental de Villaverde</b> Carolina Rojas Rocha y Juan de Dios Molina Martín CSM de Villaverde	10
<b>Recomendaciones en el uso de Clozapina durante la pandemia de coronavirus (COVID-19)</b> Juan de Dios Molina Martín y Luis-Santiago Vega González CSM de Villaverde	15
<b>Recomendaciones para el uso de Antipsicóticos Inyectables de Larga Duración durante la pandemia COVID-19</b> Luis-Santiago Vega González, Juan de Dios Molina Martín, Pedro Sanz Correcher e Isabel Castillo García CSM de Villaverde	19
<b>Recomendaciones básicas para menores con Trastornos del Espectro Autista durante la crisis de COVID-19</b> Lidia Carrillo Notario Unidad Salud Mental infanto-Juvenil	33
<b>Orientaciones básicas en Salud Mental Infanto-Juvenil para profesionales de Atención Primaria en relación a la crisis de COVID-19</b> Paula Muela de Blas, Blanca Quintana Saiz y Noelia Gutiérrez Fernández Unidad de Salud Mental infanto-Juvenil	38
<b>Orientaciones básicas para las familias durante la crisis de COVID-19</b> Laura Hernández Arroyo, Carla Russo Ferrari, Blanca Quintana Saiz, Noelia Gutiérrez Fernández y Nuria Martínez Martín Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	50



<b>Guía de orientación en Duelo para pacientes y familiares. Emergencia sanitaria por COVID-19</b>	62
Loreto Ábrego García, Alejandra Casamián Mediavilla, Raúl Cuesta Arenas, Sara Díaz Trejo, Ana García Menéndez, Helena Paineira Domínguez, Irene Rodrigo Holgado, Yolanda Sanz Baños, Cristina Rivas Santiago y Juan Antequera Iglesias	
<b>Guía de orientación en Duelo para profesionales de Atención Primaria</b>	70
Helena Paineira Domínguez, Irene Rodrigo Holgado, Cristina Rivas Santiago y Juan de Dios Molina Martín CSM de Villaverde	
<b>Guía de intervención psicológica en Duelo complicado por COVID-19 en Atención Especializada</b>	78
Irene Rodrigo Holgado, Alejandra Casamián Mediavilla, Ana García Menéndez, Helena Paineira Domínguez, Raúl Cuesta Arenas, Loreto Ábrego García, Sara Díaz Trejo, Juan Antequera Iglesias y Cristina Rivas Santiago	
<b>Guía de recursos disponibles para pacientes periodo COVID-19</b>	110
Irene Rodrigo Holgado, Cristina Rivas Santiago y Juan de Dios Molina Martín CSM de Villaverde	
<b>Recomendaciones para el abordaje de las reacciones psicológicas provocadas por la pandemia COVID-19 desde los equipos de Atención Primaria</b>	126
Carolina Rojas Rocha y Juan de Dios Molina Martín CSM de Villaverde	
<b>Atención Primaria: manejo de un caso de depresión reactiva al confinamiento por COVID-19 (vídeo docente)</b>	141
Juan Gabriel Fernández Macho y Yolanda Guerrero Roldán Unidad de Hospitalización Breve. Programa de Alcohol AGCPSM	
<b>Atención Primaria: manejo del duelo en la pandemia COVID-19 (vídeo docente)</b>	142
Irene Rodrigo Holgado, Juan de Dios Molina Martín y Luis-Santiago Vega González CSM de Villaverde	
<b>Atención Primaria: manejo de un caso de insomnio reactivo al confinamiento por COVID-19 (vídeo docente)</b>	143
Begoña Zamora Banegas y Javier Luis Eguía Barbarín AGCPSM H.U. 12 de Octubre	
<b>Manejo farmacológico de trastornos psicóticos en personas mayores con tratamiento de la infección por COVID-19: interacciones y recomendaciones terapéuticas</b>	144
Ainhoa Esteve Arrien, Luis Agüera Ortiz y Sagrario Manzano Palomo Servicio Geriátría H.U. Infanta Leonor. CSM de Carabanchel. Servicio Neurología H.U. Infanta Leonor	

# INTRODUCCIÓN

*Esta es una de esas ocasiones en las que uno siente orgullo de escribir la “Introducción” de una publicación como son los «Cuadernos de Salud Mental del 12». Publicación modesta, pero sincera, en la que el lector va a poder distinguir varios planos.*

*Revisando el “Índice” uno encuentra lo que se espera del título de este monográfico. Se recoge diverso material científico, psicoeducativo y docente generado por profesionales del Área de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid (España) para profesionales sanitarios, pacientes y población general, incluyendo diversas reflexiones y recomendaciones para la práctica clínica en Psiquiatría y Salud Mental durante el confinamiento y posteriores fases de la alarma sanitaria por la pandemia COVID-19.*

*También algunas referencias a material audiovisual creado para facilitar la atención de diversos problemas de Salud Mental en Atención Primaria tras la fase de desescalada y postcrisis.*

*Igual que en nuestro Servicio, la mayoría de los servicios de Psiquiatría y Salud Mental de la Comunidad de Madrid generaron numeroso material bibliográfico novedoso de gran interés durante la actual pandemia. Parte de estas publicaciones fueron compartidas desde las primeras semanas de la alarma sanitaria por la COVID-19 y periódicamente actualizadas y distribuidas al resto de profesionales de Salud Mental de la Comunidad de Madrid gracias al rápido esfuerzo de coordinación y liderazgo de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones del Servicio Madrileño de Salud, a quien agradecemos su iniciativa. Todo ello fue recogido en las sucesivas ediciones de marzo a mayo de 2020 de la «Guía de actuaciones en Psiquiatría, Salud Mental y Apoyo Psicosocial en la pandemia por COVID-19».*

*Finalmente recogemos también la colaboración a nivel nacional con diversas sociedades científicas de atención a personas mayores en el documento «Manejo farmacológico de trastornos psicóticos en personas mayores con tratamiento de la infección por COVID-19: interacciones y recomendaciones terapéuticas».*

*Más allá de los contenidos del monográfico, se encuentra el plano temporal: todo esto se ha realizado en tiempo record, pensando en los pacientes, en nuestros compañeros de trabajo y en los profesionales de Atención Primaria. Por último, y quizás lo más importante, hay que destacar la participación de todos los integrantes de nuestra Área de Gestión, quienes, coordinadamente, han sabido responder, cada uno desde su responsabilidad, desde su capacitación y de su altruismo a la situación creada por la COVID-19. Creo que situaciones tan complicadas como la vivida en estos meses son capaces de sacar lo mejor de nosotros y creo que ha sido así en nuestro caso: me siento orgulloso de formar parte de este “equipo de salud mental del 12”.*

*En definitiva, quisiera aprovechar la ocasión que me ofrece Santiago Vega, el alma de «Cuadernos de Salud Mental del 12», para daros las gracias por vuestro trabajo, y vuestra entrega a lo largo de estos meses y dedicaros un largo y sentido “aplauzo a todos”.*

*Dr. Gabriel Rubio Valladolid  
Jefe del Servicio de Psiquiatría*

# Recomendaciones sobre autocuidados y atención psicológica a los profesionales ante el Coronavirus

Unidad de Interconsulta y Enlace. AGCPSM H.U. 12 de Octubre

## RECOMENDACIONES SOBRE AUTOCUIDADOS Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LOS PROFESIONALES ANTE EL CORONAVIRUS

*"Escúchate, entiéndete, atiéndete y asume el compromiso de cuidarte cuando cuidas a los demás"*

Reconoce lo que ya sabes y las formas adaptativas que ya tienes para manejar la tensión emocional, sin necesidad de ningún entrenamiento especializado

### Sugerencias para la práctica del Autocuidado en el lugar de trabajo

- ❑ Al caminar al trabajo o por los pasillos, presta atención a la sensación de contacto entre los pies y el suelo
- ❑ Búscate unos minutos de descanso para hacer respiraciones lentas y profundas, pensar en un ser querido o recitar un poema
- ❑ Tómate unos minutos de descanso tras relacionarte con un acontecimiento traumático
- ❑ Párate junto a la ventana y mira algo de la naturaleza
- ❑ Haz una pausa antes de ir a la siguiente habitación
- ❑ Llama todos días a algún ser querido
- ❑ Utiliza el humor o pregunta cosas cotidianas
- ❑ Escribe acontecimientos traumáticos y coméntalos
- ❑ Despójate al salir del trabajo de la bata, escucha música, noticias,...

### ¡No te olvides de...

- ❑ Dormir lo suficiente, buena nutrición y ejercicio regular
- ❑ Relajación y tranquilidad moderada muchos días, incluyendo la meditación, respiraciones, visualizar imágenes y masajes
- ❑ Realizar regularmente una actividad no relacionada con el trabajo para rejuvenecer y restablecer la energía, la responsabilidad y los objetivos
- ❑ Mantener un buen equilibrio entre trabajo y familia
- ❑ Buscar y permitir un tiempo adecuado para el inevitable sentimiento por el fallecimiento de un paciente
- ❑ Desarrollar una serie de habilidades específicas; organización, control del tiempo, comunicación, reestructuración cognitiva,...
- ❑ Confiar en la psicoterapia
- ❑ Atender y comprender las propias necesidades espirituales y existenciales
- ❑ Y evita el alcohol y otros tóxicos. No te automediques.



Desde el Servicio de Psiquiatría del hospital os queremos facilitar apoyo Si quieres hablar sobre cómo te encuentras o crees que podemos ayudar en algo, puedes llamar a los teléfonos **638.099.119/ 91.779.23.56**, en horario de 08:00 a 15:00. Estamos en el Centro de Actividades ambulatorias, 3ª planta, zona B.

 Hospital Universitario  
12 de Octubre



 Hospital Universitario  
12 de Octubre

## RECOMENDACIONES SOBRE AUTOCUIDADOS

**X NO**

NO eres el único, otros se sienten igual  
 NO eres débil por estar triste, ansioso o enfadado  
 NO tienes que ser el más valiente  
 NO evites recordar o pensar en lo que te está pasando  
 NO consumas tóxicos ni alcohol  
 NO pretendas estar bien, son circunstancias excepcionales  
 NO evites a los compañeros, amigos, familiares  
 NO estés pendiente todo el día de las noticias  
 NO duermas después de una situación de crisis  
 NO interrumpas tus rutinas

**✓ SÍ**

SÍ: Haces lo que puedes, todos somos necesarios  
 SÍ: Pon palabras a tus sentimientos y emociones  
 SÍ: Construye un relato de lo que estás viviendo  
 SÍ: Cuidate y cuida de tus compañeros  
 SÍ: Comparte experiencias con tus compañeros  
 SÍ: Crea nuevas rutinas, mantén las antiguas que te sean útiles ahora  
 SÍ: Ocupate de tus necesidades básicas: alimentación, hidratación, ...  
 SÍ: Descansa cuando lo necesites  
 SÍ: Mantén una buena higiene del sueño  
 SÍ: Planifica día a día tus tareas y tiempos de ocio  
 SÍ: Haz ejercicio físico  
 SÍ: Toma decisiones  
 SÍ: Busca momentos para estar solo pero no te aisles  
 SÍ: Realiza ejercicios de respiración  
 SÍ: Ríe, canta, diviértete sin culpa



Desde el Servicio de Psiquiatría. Teléfonos **638.099.119/ 91.779.23.56**, en horario de 08:00 a 15:00. Estamos en el Centro de Actividades ambulatorias, 3ª planta, zona B.

 Hospital Universitario  
12 de Octubre  
Comunidad de Madrid  
AGC Psiquiatría y Salud Mental

# Cuidando a los que cuidan. Salud emocional para los profesionales de Atención Primaria

CSM Villaverde. AGCPSM H.U. 12 de Octubre



## CUIDANDO A LOS QUE CUIDAN Salud Emocional para los Profesionales de Atención Primaria

Los profesionales de atención primaria sufren una especial presión en la crisis COVID19 dada la demanda cambiante y exposición a que se ven sometidos.

Es posible experimentar una serie de reacciones como:

### CONDUCTUALES

- Hiperactividad
- Aislamiento, evitación
- Dificultad para desconectar
- Dificult. de relación y comunicación
- Impulsividad
- Menor rendimiento laboral
- Agotamiento
- Insomnio /Alteraciones apetito

### EMOCIONALES

- Ansiedad, miedo
- Impotencia, Frustración
- Culpa
- Irritabilidad, ira, rabia
- Estado de ánimo cambiante
- Anestesia emocional,
- Sensación de irrealidad

### COGNITIVAS

- Sensación de falta de control
- Confusión
- Dificult. para concentrarse y tomar decisiones
- Dificultad para asimilar información, bloqueo
- Pensamientos obsesivos y dudas

**Todas estas reacciones son NORMALES en una situación ANORMAL**

Sin embargo, pueden llegar a afectar nuestro funcionamiento laboral y personal.

Igual que te lavas las manos, o te pones la mascarilla, puede realizar pequeños gestos para cuidar de tu salud emocional y recuperar cierto grado de control.

### DURANTE EL TURNO DE TRABAJO

–**Aprovecha los descansos.** Utilízalos para desconectar. Muévete, sal del espacio físico donde has estado trabajando.

–**Se operativo,** confía en los responsables que dirigen y organizan la situación.

–**Cuida tu lenguaje interno.** Se comprensivo contigo mismo y con los demás. Recuerda que es una situación complicada para todos y se pueden cometer errores. Lo estamos haciendo lo mejor que sabemos y podemos con los recursos disponibles.

–**Para un minuto cuando lo necesites para recuperar el control.** Respira, haz un sencillo estiramiento, o un movimiento consciente. Observa cómo estás, y procede.

–**Apóyate en el equipo** estás pasando por lo mismo, es importante que os cuidéis.

### FUERA DEL TRABAJO

–**Reconóctete** la ayuda que has prestado durante la jornada.

–**Cuida las necesidades básicas** hidratación, alimentación y sueño.

–**Evita la sobreexposición a la información** (noticias, móvil, conversaciones...) es importante desconectar.

–**Establece una rutina** para tu tiempo libre que incluya cuidado y ocio personal.

–**Realiza actividades que disfrutes,** trata de incluir ejercicio físico.

–**Evita consumo de alcohol y cafeína.**

–**Aplica las estrategias de regulación emocional que te funcionen** (relajación, mindfulness, ejercicio...)

–**Contacta con las personas relevantes para ti.** Son tu mejor apoyo.

**Considera la posibilidad de pedir ayuda**

Dirígete a: **917 955 546** indicando nombre,tlf. O envía un correo electrónico con esto datos a **csmvillaverde@salud.madrid.org** poniendo de asunto PROFESIONAL SANITARIO



# Reacciones emocionales en la pandemia. Recomendaciones para los profesionales de Atención Primaria

CSM Villaverde. AGCPSM H.U. 12 de Octubre

## REACCIONES EMOCIONALES EN LA PANDEMIA Recomendaciones para la Población General

Es esperable que todos sintamos cierto grado de malestar debido a la situación excepcional que vivimos. Este, será moderado en el 30% de los individuos y grave en el 5%.

Y en la mayoría, la respuesta posterior será de adaptación y resiliencia.

Por lo que **DATE TIEMPO** para valorar tu evolución y necesidad de asistencia.

### Reacciones **NORMALES** en esta situación

- Ansiedad, nerviosismo, irritabilidad, impulsividad.
- Miedo a visitar lugares frecuentados, a ser contagiado, a enfermarse o a morir.
- Miedo a ser excluido socialmente, menos ganas de estar con otros.
- Sentimientos de impotencia, aburrimiento, soledad y tristeza.
- Miedo a revivir la experiencia previa, reactivación de recuerdos de conflictos pasados.
- Dificultades para concentrarse o para dejar de pensar en el virus.
- Incredulidad, sensación de irrealidad o distanciamiento. Anestesia emocional.
- Pensamientos obsesivos y dudas.

Sin embargo, hay algunas **cosas que TU puedes hacer** para reducir tu malestar

### Evita

### Intenta

#### CONDUCTA

El exceso de información sobre el virus, consultar fuentes de escasa fiabilidad.

Buscar contacto social y familiar, apóyate en la red que ya tienes y te conoce.

Conductas autodestructivas: Abuso de sustancias, automedicación, conductas de riesgo o violentas.

Crea rutinas diarias que incluyan actividades gratificantes, toma la medicación pautada (si es necesaria)

#### PENSAMIENTO

Prestar atención selectiva a sucesos traumáticos presentes o pasados.

Focalízate en situaciones actuales positivas o en proyectos futuros.

La negación, catastrofismo, rumiación, autoculpabilización o culpar a otras personas.

Toma perspectiva, reevalúa positivamente, céntrate en la planificación de lo que tienes en el presente.

#### EMOCION

Anclarte en sentimientos negativos: Nostalgia paralizante, ira e impotencia o culpa.

Busca sentimientos positivos liberadores: Nostalgia positiva, perdón. Desahógate emocionalmente. Utiliza las estrategias de regulación emocional que conozcas y te hayan sido útiles en el pasado.

# Reacciones emocionales en la pandemia. Recomendaciones para la población general

CSM Villaverde. AGCPSM H.U. 12 de Octubre

## REACCIONES EMOCIONALES EN LA PANDEMIA Recomendaciones para los Profesionales de Atención Primaria

La situación de pandemia que vivimos actualmente facilitará cierto grado de malestar al que la mayoría de la población podrá adaptarse. A la hora de valorar la evolución y necesidad de asistencia especializada conviene saber:

REACCIONES NORMALES	CRITERIOS DE GRAVEDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo a enfermarse y morir.</li> <li>• Evitar acercarse a las instalaciones de salud por temor a infectarse.</li> <li>• Miedo a ser excluido socialmente</li> <li>• Negativa a asumir el cuidado de otros por miedo a infección.</li> <li>• Sentimientos de impotencia, aburrimiento, soledad y depresión debido al aislamiento.</li> <li>• Miedo a revivir la experiencia de una epidemia previa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas persistentes y /o agravados que no se han aliviado con las medidas iniciales.</li> <li>• Dificultades marcadas en la vida familiar, laboral o social.</li> <li>• Riesgo de complicaciones o suicidio.</li> <li>• Abuso de sustancias u otras conductas adictivas.</li> <li>• Afectación significativa del funcionamiento social y cotidiano.</li> <li>• Antecedentes en Salud Mental</li> </ul>

### Facilitar Estrategias de Afrontamiento

### Valorar derivación a Salud Mental



- Escucha Activa** Ofrecer un tiempo razonable de escucha (15-20 min)  
Facilitar la expresión verbal y emocional
- Validación Emocional** No medicalizar la atención, ni patologizar el sufrimiento  
Respetar las preocupaciones sobre del paciente, aunque no sean ajustadas  
Proporcionar apoyo emocional y sentido de conexión
- Necesidades básicas** Proveer de la información necesaria y canalizar los problemas  
Favorecer la búsqueda de apoyo social  
El apoyo espiritual si procede
- Resignificar el Sufrimiento** Tratarlos como sobrevivientes activos y no como sujetos pasivos  
Facilitar que cuenten su historia y afloren las emociones.  
Abrirse la reflexión sobre lo sucedido
- Psicoeducación** Sobre las reacciones normales frente al trauma  
Cuáles son los signos de alarma y dónde buscar ayuda.
- Regulación Emocional** Facilitar recursos de afrontamiento  
Técnicas de relajación

# Recomendaciones para la atención telefónica de pacientes ante la pandemia COVID-19 en el Centro de Salud Mental de Villaverde

Carolina Rojas Rocha <sup>1</sup>  
y Juan de Dios Molina Martín <sup>2</sup>

CSM Villaverde. AGCPSM H.U. 12 de Octubre

## Introducción: Retos en Salud Mental ante la pandemia COVID-19

Dado el alcance y magnitud de la pandemia provocada por el virus COVID -19 se requiere de la puesta en marcha de recursos coordinados para hacer frente a nuevos retos en los servicios públicos en general. Este es un escenario excepcional que nos obliga a adaptarnos a los cambios sucesivos socio sanitarios que se están produciendo con el objetivo de facilitar la atención a los pacientes, en especial a los más vulnerables, evitando al máximo su exposición y desplazamiento. Esta es la razón de la puesta en marcha, desde el Centro de Salud Mental (CSM) de Villaverde, de este documento revisando y protocolizando las recomendaciones sobre la atención telefónica a nuestros pacientes durante esta emergencia sanitaria.

Es importante tener en cuenta que, dado que la pandemia significa una amenaza para la salud física y la vida de muchas personas, además de la obligatoriedad del confinamiento de la población general, se esperan reacciones emocionales de distinta índole que pueden considerarse una respuesta normal ante una situación excepcional. Por ejemplo, en el primer estudio de evaluación del estrés debido al coronavirus a nivel nacional realizado en China, se observa que alrededor de un 30% de la población general presentaba síntomas de ansiedad (Qiu et al, 2020). Aunque se espera que en la gran mayoría de la población estas respuestas emocionales se enmarquen dentro de reacciones adaptativas y no se traduzcan en el desarrollo de trastornos mentales, consideramos importante evaluar, prestar apoyo y contención a los pacientes que acuden a los centros de salud mental para que, en el caso de que sea necesario, podamos abordar y prevenir respuestas desadaptativas

## Atención telefónica en Salud Mental

La “telesalud” o “telehealth” se define como “la disposición de servicios de información y atención médica (o psicológica) a un paciente específico por un proveedor en tiempo real utilizando tecnologías como el teléfono, videochat o videoconferencia” (CADTH, 2018), que permite que el proveedor pueda comunicarse sin estar en el mismo lugar físico.

La atención telefónica, una de las formas teleasistencia, nace en el ámbito de la salud en los años 50 con la atención a personas por posible envenenamiento, y en salud mental en la atención preventiva de intentos de suicidio (Lester, 2002). Dese entonces, y sobre todo durante los años noventa, ha habido un incremento de la atención telefónica a pacientes para hacer frente a diferentes necesidades, mostrando ser una herramienta fiable para la atención en muchas áreas de la salud, y en la actualidad, sigue en evolución para superar las posibles barreras en el acceso a los servicios. Diversos estudios en el ámbito de la salud mental han obtenido resultados prometedores en su aplicación, la mayoría en el tratamiento de la depresión (Mozer et al, 2008), del estrés postraumático, ansiedad (CADTH,2018), problemas de salud mental relacionados con enfermedades crónicas (Mozer et al, 2008), entre otros.

El metaanálisis realizado en Canadá (CADTH, 2018), que evaluaba el impacto de la teleasistencia en el tratamiento de pacientes con trastornos mentales respaldaba su utilización en el tratamiento de pacientes con ansiedad, depresión y estrés postraumático. En cuanto a la evaluación de pacientes mediante esta herramienta, la información existente señala que la evaluación telefónica es eficaz en pacientes con depresión.

En otro metaanálisis realizado en España sobre intervenciones psicológicas administradas por teléfono en pacientes depresivos, también se describen resultados prometedores: casi la totalidad de los trabajos realizados aportaban evidencias acerca de la eficacia de las intervenciones aplicadas por teléfono para el tratamiento de pacientes con depresión (Vázquez et al, 2015).

<sup>1</sup> Psicóloga clínica CSM Villaverde.

<sup>2</sup> Médico psiquiatra y jefe CSM Villaverde

El teléfono es uno de los medios de comunicación universal, prácticamente omnipresente, con el cual podemos llegar a los pacientes que, en momentos como el confinamiento por COVID – 19, no pueden acceder de forma presencial al seguimiento de su tratamiento en los centros de salud mental o a una primera evaluación. Además, puede ser una herramienta válida para hacer llegar información a estos pacientes sobre la pandemia y las medidas a tomar en esta.

El teléfono es un medio que a pesar de tener ciertos inconvenientes, como la utilización de un único canal de comunicación, la ausencia de contacto visual y físico, la limitación en la comunicación no verbal, por el contrario, presenta una serie de ventajas: ser un medio que supera las barreras de distancia, su inmediatez, el acceso de este en todos los niveles socioeconómicos y edades. Además, no hay evidencia científica que respalde que el uso del teléfono sea un factor que perjudique de forma significativa aspectos interaccionales en la teleasistencia (Irvine et al 2020).

### **RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN TELEFÓNICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE VILLAVERDE**

En concordancia con el trabajo que se está realizando en el CSM de Villaverde, se procurará la atención telefónica de pacientes, con carácter preferente, a los diagnosticados de trastorno mental grave (TMG). Se mantendrá la atención presencial en casos excepcionales.

**Objetivo general:** Mantenimiento de la atención a pacientes del CSM de Villaverde durante el confinamiento

#### **OBJETIVOS durante el confinamiento:**

- Mantener el seguimiento y tratamiento de los pacientes, con especial atención en TMG o riesgo suicida, minimizando al máximo la necesidad de desplazamientos al centro de salud mental y servicios de urgencia.
- Proporcionar contención en el momento de cuarentena a los pacientes más vulnerables en seguimiento.
- Proporcionar a los pacientes del CSM información sobre el proceso de pandemia, medidas de contención y otras directrices para el manejo de la pandemia, en especial a los más vulnerables.

#### **Población diana:**

- Pacientes en seguimiento en el CSM de Villaverde durante el proceso de confinamiento.
- Pacientes citados como nuevos durante el período de confinamiento.

#### **Recursos disponibles y acciones:**

- Acceso telemático a la historia clínica: El equipo responsable del seguimiento de los pacientes cuenta con acceso a la historia clínica electrónica (HCE) de forma telemática para procurar la posibilidad de atención telefónica de todos los pacientes, en la frecuencia que cada caso requiera, priorizando el seguimiento de pacientes con TMG, pacientes con riesgo de descompensación y otras incidencias que vayan surgiendo durante el confinamiento. En el caso de pacientes nuevos, se realizará una llamada telefónica de valoración de la gravedad para determinar la necesidad de futuras intervenciones y formato de estas.
- A diario, un equipo asiste de forma presencial al centro de salud, para hacer frente a la atención presencial que sea necesaria. El mini equipo está compuesto por el jefe del centro de salud, dos administrativos, una enfermera, dos psiquiatras, un psicólogo y una trabajadora social.

**Consideraciones generales de la atención telefónica.** Adaptado de la *“Guía de para la intervención telepsicológica”* (de la Torre y Pardo, 2018)

- Se recomienda implementar la atención telefónica cuando por las circunstancias o las características de la persona, sea el único medio de proporcionar dicha asistencia. Como es el caso de la pandemia por COVID 19 y las restricciones de desplazamiento como medida de contención.
- Se debe asegurar la protección de datos personales y de salud.
- Se deben seguir siempre las recomendaciones éticas propias de la especialidad y contar con los requisitos tecnológicos necesarios (línea telefónica, espacio físico, acceso a historia clínica).
- Papel activo en la práctica: la asistencia telefónica requiere del compromiso profesional que permita hacer frente a los retos que implica el uso del teléfono.
- Se debe asegurar que la calidad de las intervenciones sea equivalente a la atención presencial.



- Requiere una actualización científica y tecnológica de los profesionales intervinientes.
- Se debe asegurar que el paciente reciba información clara sobre las condiciones del servicio.

#### Consideraciones sobre la comunicación y alianza terapéutica:

- Se aplicarán todas las actitudes básicas (escucha activa, empatía, aceptación incondicional y autenticidad), habilidades de escucha (clarificación, paráfrasis, reflejo y síntesis) y competencias de la comunicación (preguntas abiertas, confrontación, interpretación, información).
- La comunicación no verbal cobra especial relevancia: Volumen, entonación, velocidad, claridad, pausas y silencios, latencia de respuesta, proporcionalidad en los tiempos de intervención)
- La actitud que tengamos en la llamada será transmitida a través de la voz, por lo cual es de gran importancia mantener una actitud positiva y concentración en la tarea.
- Debemos evitar:
  - Emitir juicios de valor
  - Interrumpir
  - Mostrarse falsamente optimista
  - Dar consejos
  - Tomar parte en conflictos

#### ESTRUCTURA DE UN CONTACTO TELEFÓNICO

Estructura de la llamada	
<b>Saludo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la identidad de la persona.</li> <li>• Presentarnos: Identificarnos con nombre, apellido, especialidad, centro de trabajo</li> </ul>
<b>Clarificar motivo de la llamada</b>	Clarificar: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Llamada de seguimiento a pacientes en confinamiento por Covid-19</li> <li>2.- Llamada de evaluación a pacientes nuevos derivados por atención primaria antes de la pandemia</li> </ol>
<b>Preguntar por estado actual y en su caso, por el motivo de la derivación a salud mental</b>	Escucha activa
<b>Explorar áreas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En especial en casos nuevos (Dentro de lo posible y de una forma flexible): Situación actual, convivencia, ambiente familiar, área laboral, apoyos emocionales, antecedentes psiquiátricos.</li> <li>• En todos los casos: Explorar respuesta ante el confinamiento, posible contagio del COVID, otras circunstancias relacionadas con la pandemia.</li> </ul>
<b>Evaluar síntomas</b>	Físicos, cognitivos, afectivos, conductuales. Realizar dentro de lo posible y de forma flexible una valoración del estado mental, ajustada al cuadro clínico del paciente (Soria et al., 2006): Actitud, conciencia, orientación, memoria y atención, lenguaje, humor y afectividad, pensamiento, sensopercepción, voluntad, nivel de inteligencia, hábitos fisiológicos, repercusiones somáticas (sueño, apetito, peso, deseo sexual, astenia y otras quejas somáticas). Capacidad de juicio e introspección.

<b>Valorar Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar recursos propios del paciente para sobrellevar esta situación, reforzarlos y fomentarlos.</li> <li>• Valorar apoyos sociales y afectivos</li> </ul>
<b>Posibles intervenciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciar los propios recursos y estrategias de afrontamiento</li> <li>• Establecer rutinas parecidas a su vida habitual</li> <li>• Promocionar la autonomía centrándose en planes de futuro inmediato</li> <li>• Dar información contrastada en caso de que el paciente lo requiera</li> <li>• Intervención en caso de que el paciente esté en situación de crisis: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escuchar de forma activa, voluntaria e intencionada</li> <li>- Facilitar la expresión verbal, el relato. Ayudar a generar un discurso coherente</li> <li>- Facilitar la expresión emocional</li> <li>- Normalizar las reacciones: Normalizar y validar la experiencia de la persona afectada la ayudará a mantener su consideración de persona “normal” tratando de asumir, procesar y afrontar una situación muy difícil.</li> <li>- Resignificar, hacer una “traducción terapéutica” de la vivencia de la persona como un intento de su organismo –incluyendo su psique– de hacer frente a la situación y de recuperar el equilibrio.</li> <li>- Promover estrategias de regulación emocional saludables.</li> <li>- Ver pautas de autocuidado</li> </ul> </li> <li>• Pautas de Autocuidado durante el confinamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer y expresar emociones</li> <li>- Establecer rutina parecida a su vida habitual, en la medida de lo posible.</li> <li>- Buscar momentos para el autocuidado, actividades que reporten bienestar. Fomentar actividades de ocio que ayuden a evitar pensamientos rumiativos y catastróficos.</li> <li>- Mantener los hábitos de higiene</li> <li>- Limitar exposición a la información recibida a través de TV, radio o internet: Remitir a fuentes de información oficiales</li> <li>- Establecer objetivos diarios</li> <li>- Mantener contacto con red social</li> <li>- Buscar tiempo para uno mismo y respetar el de los demás.</li> <li>- Fomentar la flexibilidad: Señalar la importancia de permitirnos errores y no autoexigirnos</li> <li>- Favorecer la participación en acciones comunitarias una vez que el confinamiento haya cesado, así como participar en portales o plataformas online de asociaciones de enfermos y de familiares</li> </ul> </li> </ul>
<b>Cierre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumen de lo hablado.</li> <li>- Devolución de nuestra impresión clínica y plan establecido.</li> </ul>

(Adaptado de GIPEC 2020)

## Referencias

CADTH. Rapid response report: summary with critical appraisal (2018). *Telehealth for the assessment and treatment of depression, post-traumatic stress disorder, and anxiety*; clinical evidence. Ottawa: CADTH.

De la Torre M., Pardo, R. (2017) *Guía para la intervención telepsicológica*. Madrid. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de: <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica>

GIPEC. (2020). Atención psicológica telefónica COVID -19. Grupo de intervención psicológica en situaciones de emergencia, desastres y catástrofes. Navarra. Recuperado de: <http://www.cop.es/uploads/PDF/ATENCION-PSICOLOGICA-TELEFONICA-COVID19-COPNAVARRA.pdf>

Irvine, A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C., Brakham, M., McMillan, D., Bee, P. (2020). *Are there interactional differences between telephone and face to face psychological therapy? A systematic review of comparative studies*. Journal of affective disorder. 265 (2020). Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.057>

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Whang, Z., Xie, B., Xu, Y. (2020) *A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations*. General Psychiatry 2020;33:e100213. doi:10.1136/gpsych-2020-100213. Recuperado de: <http://gpsych.bmj.com/>

Lester, D. (2002) *Crisis Intervention and Counseling by Telephone*. Char C. Thomas Publisher, Springfield.

Mozer, E. Franklin, B. Rose, J. (2008). Psychoterapeutic intervention by telephone. *Clinical Intervention in Aging*. (2), 391-396.

Soria, V., Labad, E., Rojo, E. (2006). Entrevista psiquiátrica e historia clínica. En Vallejo, R. (Ed.) *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. (pp 63-73). Barcelona, España: Elsevier España.

Vázquez, F., Torres, A., Blanco, V., Otero, P., Hermida, E. (2015) *Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: Una revisión sistemática y metaanálisis*. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud. 6, 39-52.

# Recomendaciones en el uso de Clozapina durante la pandemia de coronavirus (COVID-19)

Juan de Dios Molina Martín <sup>3</sup>  
y Luis-Santiago Vega González <sup>4</sup>

CSM Villaverde. AGCPSM H.U.12 de Octubre

## Introducción

La clozapina es un antipsicótico indicado en pacientes diagnosticados de esquizofrenia resistente al tratamiento y en pacientes con esquizofrenia que presenten reacciones adversas neurológicas graves y no tratables con otros fármacos antipsicóticos, incluyendo los antipsicóticos atípicos. También está indicada en pacientes con trastornos psicóticos que aparecen en el curso de la enfermedad de Parkinson, en los casos en los que haya fallado el tratamiento estándar (1).

A pesar de su eficacia, el uso de la clozapina está asociado con efectos secundarios significativos y requiere un control estrecho, debido a sus efectos secundarios hematológicos. El más común (un 2,7 % de los pacientes [2]) es la neutropenia, que puede ser un indicador de riesgo de agranulocitosis potencialmente mortal (visto en un 0,8 % de los pacientes). Por esta razón, la monitorización de los leucocitos (incluyendo el recuento absoluto de neutrófilos) es obligatoria. Más del 80 % de los casos de agranulocitosis ocurren en las primeras 18 semanas de tratamiento. Al final del primer año de tratamiento, el riesgo de la agranulocitosis es comparable a la de otros antipsicóticos (3).

La ficha técnica de la clozapina establece cómo se tiene que hacer la monitorización (1).

Recuento de leucocitos	Recuento absoluto neutrófilos	Acción
$\geq 3.500/\text{mm}^3$	$\geq 2.000/\text{mm}^3$	Continuar el tratamiento
Entre $\geq 3.000$ y $< 3.500/\text{mm}^3$	Entre $\geq 1.500$ y $< 2.000/\text{mm}^3$	Continuar el tratamiento, control 2 veces por semana hasta que el recuento se estabilice o aumente
$< 3.000/\text{mm}^3$	$< 1.500/\text{mm}^3$	Se tiene que interrumpir inmediatamente el tratamiento y se tiene que hacer control diario hasta que se resuelva la alteración. No se tiene que re-exponer al paciente al tratamiento

<sup>3</sup> Médico psiquiatra jefe CSM Villaverde

<sup>4</sup> Médico psiquiatra CSM Villaverde

Los apartados que vamos a considerar a partir de aquí tienen que ver con una serie de hallazgos clínicos que pueden disminuir los riesgos derivados del uso de clozapina en la actual pandemia por COVID-19.

### **Efecto de la infección COVID-19 en el recuento de glóbulos blancos**

Los datos actuales sugieren que la infección por el coronavirus SARS-CoV-2, denominada por la OMS y popularmente como la COVID-19, produce un Recuento de Glóbulos Blancos (RGB en adelante) reducido en algunos pacientes (un 9–45 % de ellos tienen un RGB  $<4,0 \times 10^9/L$ ) (4–8). Un 33-83 % de los pacientes presenta linfocitopenia (linfocitos  $<1,5 \times 10^9/L$ ) (4-9). Los descensos más pronunciados se correlacionan con la gravedad de la enfermedad. No obstante, cabe destacar que los estudios revelan que los neutrófilos suelen estar en el rango normal (mediana  $3,0 - 5,0 \times 10^9/L$ ) (4,7) o elevado ( $>6,3 \times 10^9/L$ , 38 % de pacientes en un estudio [8]).

### **Clozapina e infección por COVID-19**

El RGB comprende medidas de linfocitos, neutrófilos, monocitos, basófilos y eosinófilos, entre otros. Sin embargo, los efectos adversos de la clozapina en los parámetros hematológicos están relacionados con los neutrófilos, no con otros glóbulos blancos (aparte de la eosinofilia, que es en gran medida benigna). Es posible que los recuentos de neutrófilos de  $0,5 - 1,5 \times 10^9/L$  (definidos como neutropenia de leve a moderada) no estén asociados con un riesgo significativamente mayor de infección (10), pero son importantes en pacientes con clozapina, ya que pueden presagiar agranulocitosis.

La agranulocitosis se define como un recuento de neutrófilos de  $<0,5 \times 10^9/L$  y la tasa de letalidad es de entre un 2 y un 4 % (11).

Por otro lado, y en el contexto de la crisis sanitaria actual por la pandemia COVID-19, es necesario reducir la circulación de personas y el desplazamiento y afluencia de pacientes a los centros sanitarios para minimizar el riesgo de contagios, especialmente en pacientes frágiles y con riesgo más elevado en caso de infección.

La interrupción abrupta del tratamiento con Clozapina conlleva un riesgo significativo de recaída o exacerbación de la enfermedad, por lo que se debe tratar de evitar (12).

Los síntomas más frecuentes de infección COVID-19 son fiebre, tos, mialgia, astenia y dificultad para respirar. Los síntomas de sepsis neutropénica incluyen fiebre, síntomas gripales, y malestar general. La superposición entre los síntomas de estas dos afecciones requiere un diagnóstico diferencial rápido.

Parece probable que los pacientes con infección COVID-19 tengan un RGB bajo. Esto se debe en gran medida a la reducción de linfocitos. Como los parámetros de monitorización para la clozapina incluyen un RGB total, una reducción del RGB puede llevar al clínico a tomar la decisión de suspender el tratamiento.

Sin embargo, el propósito de interrumpir el tratamiento con clozapina es proteger a los pacientes de la neutropenia y de la agranulocitosis. Por lo tanto, en el contexto de una infección por COVID-19, si un paciente tratado con clozapina presenta un recuento bajo de glóbulos blancos, en presencia de un nivel de neutrófilos normal, se debería considerar la continuación del tratamiento con clozapina

Asimismo, el documento oficial del Ministerio de Sanidad, actualizado a 30 de Marzo de 2020, dice que los test diagnósticos pueden quedar reservados también para personas especialmente vulnerables o para residentes en instituciones cerradas que presenten un cuadro clínico de infección respiratoria aguda independientemente de su gravedad, tras la valoración clínica individualizada.

## Recomendaciones sobre la monitorización del tratamiento con clozapina en pacientes con infección por COVID-19

Teniendo en cuenta los conocimientos publicados sobre la relación entre la infección por COVID-19 y el uso de clozapina, nuestras recomendaciones son las siguientes:

**1)** Dado que las reacciones adversas hematológicas de la clozapina están relacionadas con la neutropenia, **en pacientes con confirmación o sospecha de infección COVID-19 habría que considerar especialmente la medida del recuento de neutrófilos en la monitorización del tratamiento con clozapina, independientemente del recuento total de leucocitos (13).**

### *¿Qué hacer en pacientes con antecedentes de discrasia?*

- Si los neutrófilos  $>2.000/\text{mm}^3$ , y disminución en el recuento de células blancas: **continuar el tratamiento con los controles normales.**
- Si los neutrófilos  $<2.000/\text{mm}^3$ : **suspender clozapina y monitorizar 2 veces a la semana** hasta que los neutrófilos superen la cifra de  $2.000/\text{mm}^3$ .

### *¿Qué hacer en pacientes que se monitorizan semanalmente, o mensualmente?*

- Si los neutrófilos  $>2.000/\text{mm}^3$ , y se detecta una disminución en el recuento de células blancas: **continuar tratamiento y monitorizar de forma habitual.**
- Si los neutrófilos  $1.500-2.000/\text{mm}^3$ , y se detecta una disminución en el recuento de células blancas: **continuar tratamiento y monitorizar 2 veces a la semana hasta que los neutrófilos superen la cifra de  $2.000/\text{mm}^3$ .**
- Si los neutrófilos  $<1.500/\text{mm}^3$ : **suspender clozapina, y monitorizar dos veces a la semana, y continuar tratamiento cuando los neutrófilos sean  $>1.500/\text{mm}^3$  dos veces seguidas.**

**2)** Asimismo, mientras dure la crisis del COVID-19, se recomienda **valorar de forma individualizada la frecuencia de los controles hematológicos en pacientes estables y con recuentos absolutos de neutrófilos adecuados.** Pudiendo sugerir un mayor intervalo de tiempo para realizar los controles en pacientes que cumplan los siguientes requisitos (12):

a) Tratamiento con clozapina  $> 1$  año

b) No haber presentado nunca neutrófilos  $< 2000/\mu\text{L}$  (o  $< 1500/\mu\text{L}$  con historial de neutropenia étnica benigna)

c) No tener un acceso seguro o práctico a las pruebas hematológicas.

**3)** Teniendo en cuenta la superposición de síntomas comentados anteriormente, y con objeto de no tener que retirar el tratamiento, **si no es estrictamente necesario, se recomienda realizar el test diagnóstico en pacientes en tratamiento con clozapina y que presenten síntomas propios de infección COVID-19, aún sin haber llegado a padecer insuficiencia respiratoria.**

**4)** Se recomienda **la realización de un control hematológico (glóbulos blancos, un recuento absoluto de neutrófilos) y la determinación de la concentración plasmática del fármaco a todos los pacientes con síntomas COVID-19 en tratamiento con clozapina.**

## Conclusiones

*El recuento de neutrófilos es el criterio a considerar especialmente en la monitorización del tratamiento con clozapina durante la pandemia COVID-19 (recomendación 1).*

*Se recomienda valorar de forma individualizada la frecuencia de los controles analíticos de hemograma en pacientes estables y con recuentos absolutos de neutrófilos adecuados. Pudiendo sugerir un mayor intervalo de tiempo en algunas situaciones (recomendación 2)*

*Se recomienda hacer una discriminación positiva en el uso de test diagnóstico COVID-19 en personas en tratamiento con clozapina que presenten fiebre, un cuadro agudo respiratorio o cualquier otro síntoma que haga sospechar esta infección (recomendación 3).*

*Se recomienda la realización de un control hematológico (glóbulos blancos, un recuento absoluto de neutrófilos) y la determinación de la concentración plasmática del fármaco a todos los pacientes con síntomas COVID-19 en tratamiento con clozapina (recomendación 4).*

## Referencias bibliográficas

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) [Internet]. Ficha técnica o resumen de las características del producto Nemea®. [Consultado 22/10/2019] Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/83968/FT\\_83968.html.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/83968/FT_83968.html.pdf).
2. Taylor DM, Young AH, Barnes TRE. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry 13th Edition. Vol. 13, Wiley Blackwell. 2018. 1–854.
3. Schulte PFJ. Risk of Clozapine-Associated Agranulocytosis and Mandatory White Blood Cell Monitoring. Annals of Pharmacotherapy [Internet]. 2006;40(4):683–8. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1345/aph.1G396>.
4. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet. 2020.
5. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. The Lancet. 2020.
6. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet. 2020.
7. Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y, Liang W-H, Ou C-Q, He J-X, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. The New England journal of medicine. 2020.
8. Wu J, Liu J, Zhao X, Liu C, Wang W, Wang D, et al. Clinical Characteristics of Imported Cases of COVID-19 in Jiangsu Province: A Multicenter Descriptive Study. Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2020;
9. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA – Journal of the American Medical Association. 2020;
10. Meyer N, Gee S, Whiskey E, Taylor D, Mijovic A, Gaughran F, et al. Optimizing Outcomes in Clozapine Rechallenge Following Neutropenia. The Journal of Clinical Psychiatry [Internet]. 2015 Nov 25 [cited 2018 Jan 31];76(11):e1410–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26646037>.
11. Zaponex Product Characteristics [Internet]. [cited 2020 Mar 24]. Available from: [www.ztas.co.uk](http://www.ztas.co.uk).
12. Siskind et Al. Consensus statement on the use of clozapine during the COVID-19 pandemic. Psychopharmacology for the Clinician. Published online on April 3, 2020; subject to revision.
13. NHS Foundation. Clozapine and blood dyscrasias in patients with coronavirus (COVID-19). Written By: Dr Siobhan Gee Approved by: Professor David Taylor March 25th 2020. Disponible en: [https://www.ncl-mon.nhs.uk/wp-content/uploads/Guidelines/0\\_covid19\\_clozapine.pdf](https://www.ncl-mon.nhs.uk/wp-content/uploads/Guidelines/0_covid19_clozapine.pdf).

# Recomendaciones para el uso de Antipsicóticos Inyectables de Larga Duración durante la pandemia COVID-19

Luis-Santiago Vega González, Juan de Dios Molina Martín <sup>5</sup>,  
Pedro Sanz Correcher e Isabel Castillo García <sup>6 7</sup>

CSM Villaverde. AGCPSM H.U. 12 de Octubre

## Introducción

Los fármacos antipsicóticos inyectables de larga duración (A-ILD) – también denominados antipsicóticos depot o de liberación prolongada - están indicados en el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, en especial cuando se detecta **mala adherencia al tratamiento antipsicótico oral**, pobre conciencia de enfermedad y/o alto riesgo de auto o heteroagresividad secundaria a su psicosis, siendo de primera elección en pacientes con alta recurrencia de episodios psicóticos (1-5).

La falta de adherencia (parcial o total) al tratamiento antipsicótico es uno de los principales **predictores de recaída** en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (1-3). También lo son el consumo de tóxicos y un clima familiar de alta emotividad expresada o de gran estrés como el actualmente descrito en algunas personas vulnerables durante el actual estado de alarma sanitaria por la COVID-19 <sup>8</sup> (p.e. por la obligada y prolongada convivencia con familiares en una vivienda con precarias condiciones de habitabilidad, por el temor al contagio, la enfermedad o el fallecimiento de alguno de los cuidadores habituales, no raramente padres ancianos, u otro estresor) (6,7).

En el seguimiento clínico estrecho - preferentemente telefónico en este momento (8) - que estamos realizando desde el Centro de Salud Mental (CSM) de nuestros pacientes con trastorno mental grave, constatamos que la mayoría de ellos con diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos están estables psicopatológicamente, afrontando con entereza y sentido común la situación de confinamiento, agradeciendo cordialmente el apoyo de su red natural (familia) y profesional (médicos de atención primaria (MAP), CSM, dispositivos de rehabilitación psicosocial u otros) y cumpliendo adecuadamente las recomendaciones sanitarias. **Es altamente terapéutico reconocer y reforzar dichas capacidades resilientes.**

No obstante, en la actual pandemia por la COVID-19 pueden surgir dificultades adicionales para cumplir adecuadamente con el tratamiento con A-ILD. Una **nueva descompensación psicótica** genera, durante esta situación de alarma sanitaria, además de sufrimiento para el paciente y su entorno y un mayor riesgo de agresividad y de suicidio (1), problemas clínicos y sociales sobreañadidos: menores posibilidades de contención familiar y profesional, mayor riesgo de exposición al COVID-19 y contagio a familiares con quienes convive por inadecuado cumplimiento de las medidas de autoprotección recomendadas por las autoridades sanitarias, mayor riesgo de problemas sociales y legales por la conducta desorganizada del paciente dentro o fuera del domicilio, mayor riesgo de consumo de tóxicos como medida de "automedicación" para sobrellevar el estrés del confinamiento (6,9-11).

<sup>5</sup> Médico psiquiatra jefe CSM Villaverde.

<sup>6</sup> El resto de autores, médicos psiquiatras CSM Villaverde

<sup>7</sup> Agradecemos asimismo al Dr. Pedro Cubero Bros por su lectura crítica del trabajo

<sup>8</sup> R.D. 463/2020 del 14 marzo 2020. En: [https://administracion.gob.es/pag\\_Home/atencionCiudadana/Estado-de-alarma-crisis-sanitaria.html#XqFLoJlx11s](https://administracion.gob.es/pag_Home/atencionCiudadana/Estado-de-alarma-crisis-sanitaria.html#XqFLoJlx11s).



Tanto a nivel nacional (3) como en nuestro Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre (12) se ha revisado recientemente el **uso clínico de los A-ILD** en nuestro medio, atendiendo tanto a consideraciones estrictamente clínicas como farmacoeconómicas y de gestión clínica (de gran importancia en el previsible marco de crisis económica post-pandemia).

En el presente documento incluimos una serie de recomendaciones para el manejo de pacientes con trastorno mental grave tratados con antipsicóticos de liberación prolongada extraídas, de un lado, de las experiencias vividas a lo largo de las primeras semanas de confinamiento por el estado de alarma, y de otro, de las publicaciones internacionales (13-17).

### **Experiencia de uso de A-ILD durante la pandemia COVID-19**

Desde el inicio de la pandemia los psiquiatras y enfermeras del Centro de Salud Mental hemos cumplimentado un **registro** (hoja Excel) de cada uno de los pacientes tratados en ese momento con A-ILD (como se ha hecho con los pacientes tratados con Clozapina, los pacientes con Trastorno Mental Grave u otros pacientes de riesgo) para facilitar el seguimiento de cada uno de ellos durante el actual estado de alarma.

Durante las primeras semanas de confinamiento de la mayoría de la población por la COVID-19 hemos realizado un **seguimiento estrecho** (preferentemente telefónico (8) y puntualmente presencial en el CSM) de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y otros trastornos mentales graves **ya previamente tratados con A-ILD**.

En todas las consultas telefónicas de seguimiento realizadas a los pacientes en seguimiento hemos explorado sistemáticamente (8):

- **estado psicopatológico** del paciente (incluyendo consumo de tóxicos y aumento o disminución del consumo de tabaco (13), que puede reducir la efectividad de algunos antipsicóticos como olanzapina y clozapina o incrementar sus niveles plasmáticos a rango tóxico al cesar abruptamente el hábito de fumar),
- **capacidad** del paciente y de su red de apoyo **para mantener la adherencia terapéutica**,
- grado de **adherencia al tratamiento psicofarmacológico recomendado** (y en concreto, **actitud del paciente hacia la próxima dosis programada de A-ILD**)
- **capacidades de adaptación emocional** adecuada a la situación de alarma sanitaria (para tratar de reforzar las medidas de higiene mental adecuadas) (11),
- grado de **seguimiento de las recomendaciones preventivas** (confinamiento, higiene y otras) tanto del paciente como de las personas con él confinadas,
- y **despistaje de sospecha de clínica COVID-19** tanto del paciente como de la/s persona/s con él confinada/s (fiebre, tos, dificultad respiratoria u otra sintomatología) (10).

En caso de sospecha de infección por el SARS-CoV-2 se ha valorado la **capacidad del paciente para seguir de forma autónoma y adecuada el protocolo recomendado** por las autoridades sanitarias en la Comunidad de Madrid a través del teléfono **900 102 112**.

Según la **competencia del paciente y su apoyo familiar efectivo**, hemos clasificado a nuestra población en seguimiento de la siguiente forma:

- Paciente competente y/o con familiares competentes para su cuidado: **seguimiento ordinario por su Médico de Atención Primaria** (el MAP conoce el estado clínico somático del paciente y el paciente es capaz de colaborar en su seguimiento somático según protocolo de Primaria). Se ha intensificado el **seguimiento paralelo desde CSM** para ajustar el tratamiento psicofarmacológico y evitar descompensaciones.

- Paciente no competente (vive solo y/o con familiares no competentes por edad avanzada o sospecha de infección): en estos casos se ha tratado de articular las medidas de protección más adecuadas para cada caso **contactando urgentemente con su Médico de Atención Primaria** y se ha intensificado el **seguimiento paralelo desde CSM** para ajustar tratamiento psicofarmacológico y evitar descompensaciones.

El análisis de los registros y las respuestas de los pacientes durante este periodo y de las evaluaciones señaladas en los apartados anteriores nos ha llevado a considerar la siguiente tipología:

1. Grupo 1: pacientes con **adecuado seguimiento** del calendario de administración de su A-ILD en su centro sanitario habitual <sup>9</sup>, con voluntad y capacidad para acudir al mismo y **no-COVID-19** (esto es, sin síntomas confirmados ni sospecha de infección). Es el grupo mayoritario.
2. Grupo 2: una minoría de pacientes **reticentes o con rechazo activo a acudir a su CSM o CS en la fecha de administración de su A-ILD** (por miedo al contagio (6-10), ausencia de soporte externo - familiar, EASC u otro - que puedan acompañarle como habitualmente u otro motivo) y **no-COVID-19** (esto es, sin síntomas confirmados ni sospecha de infección).
3. Grupo 3: pacientes ya tratados con A-ILD y **con sospecha o confirmación de COVID-19** que no requiere hospitalización por este motivo a juicio de su MAP.
4. Grupo 4: pacientes no tratados con A-ILD y **con seguimiento irregular de su antipsicótico oral** y riesgo por ello de descompensación psicótica en un momento de precariedad de camas de hospitalización por la COVID-19.

## **Recomendaciones de uso de A-ILD durante la pandemia COVID-19**

Como se ha señalado anteriormente, las recomendaciones abajo incluidas son fruto de la experiencia acumulada a lo largo de estas semanas y también de las recomendaciones internacionales publicadas a raíz de la pandemia (13-17).

### **Grupo 1. Pacientes con adecuada adherencia al A-ILD previamente pautado y No-COVID-19**

En general, se aconseja **mantener la actual pauta de ILD** en cuanto a fármaco, vía, intervalo de administración y dosis. Se puede tratar con otros fármacos síntomas secundarios al estrés del confinamiento (insomnio, ansiedad...)(13), siempre recordando las medidas de higiene mental adecuadas a la situación (10, 11, 13) y reforzando los aspectos resilientes del paciente (p.e. preguntando cómo está ayudando a sus mayores o reforzando roles activos, no raramente descritos en situaciones de trauma colectivo en personas con psicosis) (8).

Si existiera menor disponibilidad de profesionales de Enfermería de Salud Mental para la administración de A-ILD y/o motivos de salud pública que siguieran aconsejando disminuir el número de asistencias de los pacientes al CSM, se valorará clínicamente de forma **individualizada y cuidadosa** (13-17):

- la posibilidad de **disminuir la frecuencia de administración del mismo A-ILD** siempre que no se supere la dosis máxima indicada en ficha técnica (14- 17) (ver tabla 1). Ejemplos donde los cambios pueden ser no apropiados:

---

<sup>9</sup> La mayoría, administrados en su Centro de Salud Mental por su enfermera de Salud Mental; unos pocos, en su Centro de Atención Primaria.

- Paciente tratado con *Clopixol Depot*® 400 mg/semanal: una administración de 800 mg/quincenal supondría superar la dosis máxima aprobada en ficha técnica.
  - Paciente que comienza a deteriorarse alrededor del tiempo de administración de su ILD: puede no ser adecuado aumentar el intervalo entre inyectables.
  - Paciente con antecedentes de mala tolerancia a dosis más altas.
  - Pacientes con *Risperdal Consta*®: su administración debe ser siempre cada 2 semanas.
- o la de, de forma excepcional, **cambiar a otro similar de menor frecuencia de administración** (p.e. *Risperdal Consta*® quincenal por *Xeplion*® mensual o *Xeplion*® mensual por *Trevicta*® trimestral) (14-17) (ver tabla 2).

Si se aumenta la dosis del A-ILD debemos recordar que el ILD no producirá trastornos del movimiento inmediatamente después de administrarlo, sino al cabo de horas o días (4). Por ello, no tiene sentido inyectar a la vez biperideno I.M. pero sí monitorizar al paciente en los días siguientes a la subida de dosis y pautar tratamiento antiparkinsoniano si es preciso.

En todo caso, se aconseja **monitorizar** (preferentemente vía telefónica, mientras se mantenga el confinamiento) el estado clínico del paciente tras el cambio de pauta ILD para ajustar el tratamiento y facilitar los apoyos que precisa el paciente y sus familiares, en especial si estos son de edad avanzada o con dificultades para asegurar el cuidado del paciente.

## **Grupo 2. Pacientes que rechazan acudir al CSM o CS para ponerse el A-ILD previamente pautado**

Se aconseja considerar de forma individualizada diversas medidas:

- En primer lugar, si existe disponibilidad de profesionales (enfermera o, excepcionalmente, médico), valorar la posibilidad de administración del A-ILD en el **domicilio** del paciente por parte del equipo del CSM o del CS correspondiente (13-17).
- Asimismo, **valorar excepcionalmente el paso a otro A-ILD con frecuencia de administración menor** (14-17) (ver tabla 2).
- Si no es posible la administración en el domicilio, **valorar individualizadamente el paso de A-ILD a antipsicótico oral**, con monitorización estrecha de la evolución clínica del paciente (preferentemente vía telefónica mientras se mantenga en confinamiento) dado el alto riesgo de descompensación si el paciente no cumple adecuadamente el tratamiento oral (motivo por el cual probablemente se aconsejó el tratamiento con A-ILD) (1) (14) (ver tabla 3).

Algunos riesgos asociados al cambio de formulación antipsicótica ILD a pauta oral (14) son:

- Recaída o desestabilización, ya sea porque la dosis de medicación oral sea baja o la adherencia del paciente irregular.
- Exacerbación psicopatológica debida al estrés por el cambio en una situación de confinamiento por la pandemia COVID-19 ya de por sí estresante para algunos pacientes psicóticos.
- Errores potenciales de seguimiento de la pauta de cambio y cruce de tratamientos.
- Dificultad de calcular de forma individualizada las dosis equivalentes, lo cual requerirá una más estrecha monitorización del paciente.
- Posibilidad de efectos secundarios medicamentosos debido a una dosis oral excesiva.

**Grupo 3. Pacientes con adecuada adherencia al A-ILD previamente pautado y sospecha o confirmación de COVID-19 que no requiere hospitalización por ella a juicio de su MAP**

Cuando un paciente psicótico COVID-19 positivo estable psicopatológicamente sea aislado en su **domicilio**, el equipo del CSM deberá administrar el A-ILD en la fecha que le corresponda en el domicilio del paciente, **si el estado de salud física del paciente (actual y evolución previsible) lo permite o aconseja**. Para ello se seguirán estrictamente las recomendaciones de protección del profesional (EPI, protección ocular y otras) y del paciente marcadas por las autoridades sanitarias (15).

Sin embargo, debido a las particularidades farmacocinéticas de los A-ILD, en algunos casos puede estar indicada el **retraso de su administración algunas semanas o cambiar transitoriamente a la administración oral (14-17), particularmente si el paciente está físicamente deteriorado o se empiezan a utilizar fármacos específicos para la COVID-19 (ver tablas 1 y 3)**.

Siempre que se decida omitir o postponer alguna dosis programada de A-ILD o realizar un cambio a oral el paciente debe ser **estrechamente monitorizado para evitar una descompensación psicótica sobreañadida a su infección COVID-19 (1,2,14-17)**.

Si la infección COVID-19 se complica y es preciso utilizar fármacos antirretrovirales u otros específicos deberá tenerse en cuenta el **perfil de interacciones de estos fármacos con los antipsicóticos (18,19) (ver tabla 4)**. Información actualizada al respecto disponible en: <https://www.covid19-druginteractions.org>.

Cuando temporalmente se ha **omitido una dosis del A-ILD** se seguirán las recomendaciones oportunas para su reintroducción (ver tabla 5).

Para pacientes psicóticos de muy difícil manejo ambulatorio durante la pandemia COVID-19 se valorará **individualizadamente** la indicación de un seguimiento aún más estrecho en el **programa intensivo de Trastorno Mental Grave del CSM** o incluso **ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB)**, siendo imprescindible confirmar previamente si el paciente está infectado con las pruebas de detección disponibles (según indicaciones de los responsables de la UHB en cada momento).

**Grupo 4. Pacientes con seguimiento irregular de su antipsicótico oral previamente pautado**

Se aconseja **estrechar el seguimiento** telefónico por parte de su psiquiatra y enfermera habitual, **valorar el beneficio/riesgo de evaluar presencialmente** (preferentemente en el CSM o **incluso en el domicilio del paciente** si existiera disponibilidad de profesionales – médico psiquiatra y/o enfermera de Salud Mental – y medios de protección y prevención de contagio COVID-19 adecuados) y **considerar individualizadamente la administración temporal de un A-ILD**. La pauta de paso de oral a A-ILD se recuerda en la tabla 6.

Finalmente, conviene tener presente – y más aún mientras no existan pruebas de diagnósticas virológicas ampliamente distribuidas – que **todos los pacientes y profesionales son potenciales portadores o sospechosos de poder presentar la COVID-19** (positivos asintomáticos no detectados). Por ello, los contactos físicos estrechos (como la administración de un A-ILD o la extracción sanguínea) deben ser realizados **cumpliendo estrictamente las medidas de protección recomendadas**, explicando al paciente el por qué de dichas medidas excepcionales cuando ello sea preciso para no alarmarle (15).

**Resumen de recomendaciones sobre el  
Uso de A-ILD en la pandemia COVID-19**

	<b>NO COVID-19</b>	<b>Sospecha o COVID-19 confirmado</b>
<b>Buen seguimiento A-ILD</b>	<p>Mantener pauta ILD</p> <p>Valorar disminuir frecuencia de administración del mismo ILD</p>	<p>Valorar competencia para cuidados COVID-19</p> <p>Ajustar dosis y pauta de antipsicótico habitual según su estado físico</p> <p>Valorar omitir o rebajar temporalmente alguna dosis A-ILD</p>
<b>Rechazo a A-ILD en CSM</b>	<p>Valorar ILD en domicilio</p> <p>Valorar cambio a otro ILD con mayor frecuencia de administración</p> <p>Valorar cambio a oral</p>	<p>Valorar competencia para cuidados COVID-19</p> <p>Ajustar dosis y pauta de antipsicótico habitual según su estado físico</p> <p>Valorar omitir temporalmente alguna dosis A-ILD</p>
<b>Mal seguimiento antipsicótico oral</b>	<p>Estrechar monitorización del estado mental del paciente</p> <p>Valorar cambio a A-ILD</p>	<p>Ajustar dosis y pauta de antipsicótico habitual según su estado físico</p>

Tablas en páginas siguientes

Tabla 1

Antipsicóticos ILD comercializados en España durante la pandemia COVID-19 (modificada de 4,14-16)

A-ILD	Vida media	Intervalo de administración	Dosis máxima adultos	Margen de actuación durante la pandemia	Observaciones
<b>ZUCLOPENTIXOL DECANOATO</b> <i>(Clopixol Depot® 200 mg/ml solución inyectable)</i>	17-21 días	2 - 4 semanas	400 mg cada 2-4 semanas (4) <sup>10</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para pacientes con inyectables frecuentes considerar aumentar el intervalo de administración entre ILD y ajustar la dosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si dosis mayor de 2 ml: dividir en 2 lugares de inyección.</li> </ul>
<b>RISPERIDONA</b> <i>(Risperdal Consta® 25, 37.5 y 50 mg)</i>	3-4 semanas	2 semanas	50 mg cada 2 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las concentraciones plasmáticas duran 4-6 semanas tras última dosis</li> <li>Valorar Xeplion® como alternativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>NO es posible aumentar el intervalo entre ILD más de 2 semanas</li> </ul>
<b>PALMITATO DE PALIPERIDONA</b> <i>(Xeplion® 50, 75, 100 y 150 mg)</i>	4-7 semanas	Mensual (+/- 7 días)	150 mg mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puede ponerse hasta con 6 semanas de diferencia en pacientes estables.</li> <li>Valorar Trevicta® cada 3 meses como alternativa en pacientes estables que llevan más de 6 meses con Paliperidona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>NO indicado si Isuf. Renal moderada o grave</li> <li>Dosis omitidas: ver ficha técnica.</li> </ul>
<b>PALMITATO DE PALIPERIDONA</b> <i>(Trevicta® 175, 263, 350 y 525 mg)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>84-95 días ILD en deltoides</li> <li>118-139 días ILD en glúteo</li> </ul>	Cada 3 meses (+/- 2 semanas)	525 mg cada 3 meses		<ul style="list-style-type: none"> <li>NO indicado si Isuf. Renal moderada o grave</li> <li>Dosis omitidas: ver ficha técnica.</li> </ul>
<b>ARIPIPRAZOL</b> <i>(Abilify Maitena® 300 y 400 mg)</i>	4-7 semanas	Mensual (NO antes del día 26 desde el anterior inyectable)	400 mg mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puede ponerse hasta con 6 semanas de diferencia en pacientes estables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis omitidas: ver ficha técnica.</li> </ul>
<b>PAMOATO DE OLANZAPINA</b> <i>(Zypadhera® 210, 300 y 405 mg)</i>	26-30 días	2 - 4 semanas	300 mg quincenal o 405 mg mensual		<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenir Síndrome Post-inyección: vigilancia durante 3 horas tras cada inyección en centro sanitario (problema durante la COVID-19)</li> </ul>

<sup>10</sup> Según ficha técnica: dosis máxima de 200 mg/2 semanas o 400 mg/4 semanas, que equivalen a 25 mg/día de Zuclopentixol oral.

Tabla 2

Cambio entre distintos A-ILD buscando un mayor intervalo de administración

Dosis estable previa A-ILD inicial		Dosis de inicio de A-ILD nuevo		Pauta de inicio	Observaciones
<b>RISPERDAL CONSTA</b> ®	25 mg quincenal	<b>XEPLION</b> ®	50 mg mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se inicia el <i>Xeplion</i>® en lugar de la siguiente inyección de <i>Risperdal</i>® programada (sin dosis día 1 y 8) y luego mensual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Dosis omitidas:</u> ver ficha técnica.</li> </ul>
	37.5 mg quincenal		75 mg mensual		
	50 mg quincenal		150 mg mensual		
<b>XEPLION</b> ®	50 mg mensual	<b>TREVICTA</b> ®	175 mg cada 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes estables tras al menos 4 meses con <i>Xeplion</i>® pueden cambiar directamente al <i>Trevicta</i>® trimestral según dosis equivalente</li> <li>1ª <i>Trevicta</i>® al mes (+/- 7 días) del último <i>Xeplion</i>®</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Dosis omitidas:</u> ver ficha técnica.</li> </ul>
	75 mg mensual		263 mg cada 3 meses		
	100 mg mensual		350 mg cada 3 meses		
	150 mg mensual		525 mg cada 3 meses		

Tabla 3

Paso de antipsicótico ILD a formulación oral (adultos)

A-ILD inicial	Frecuencia ILD	Pauta de cambio a oral
<p><b>ZUCLOPENTIXOL</b> (<i>Clopixol Depot</i> ®)</p>	Cada 1 o 2 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspender el A-ILD y comenzar el <b>CLOPIXOL oral</b> a la mitad de dosis equivalente, durante 1 semana.</li> <li>• A la semana, comenzar con la dosis equivalente completa.</li> <li>• 200 mg <i>Clopixol Depot</i> ® = 25 mg Clopixol oral</li> </ul>
	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspender el A-ILD y comenzar el <b>CLOPIXOL oral</b> a la dosis completa equivalente desde el día en el que se hubiera puesto el ILD</li> </ul>
<p><b>RISPERIDONA</b> (<i>Risperdal Consta</i> ®)</p>	Quincenal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspender el <i>Risperdal Consta</i> ® y comenzar <b>RISPERIDONA oral</b> a dosis de 1-2 mg/día</li> <li>e ir aumentando lentamente a medida que el ILD va eliminándose (hasta 6 semanas después del último ILD).</li> <li>• 25 mg <i>Risperdal Consta</i> ® quincenal = 2 mg Risperidona oral</li> </ul>
<p><b>PALIPERIDONA</b> (<i>Xeplion</i> ®)</p>	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspender el <i>Xeplion</i> ® y comenzar <b>RISPERIDONA oral</b> a dosis de 1-2 mg/día</li> <li>e ir aumentando lentamente a medida que el ILD va eliminándose.</li> <li>• 50 mg <i>Xeplion</i> ® mensual = 2 mg Paliperidona oral</li> </ul>
<p><b>ARIPIPAZOL</b> (<i>Abibliy Maitena</i> ®)</p>	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspender el <i>Abilify Maitena</i> ® y comenzar <b>ARIPIPAZOL oral</b> a dosis de 5-10 mg/día desde el día en el que se hubiera puesto el ILD</li> <li>e ir aumentando lentamente a medida que el ILD va eliminándose.</li> <li>• 400 mg <i>Abilify Maitena</i> ® mensual = 15 mg oral</li> </ul>



Tabla 4

Interacciones de fármacos empleados para la COVID-19 y los A-ILD (actualizado a fecha 9 abril 2020) (19)<sup>11</sup>

Liverpool Drug Interactions Group UNIVERSITY OF LIVERPOOL

**Interactions with Experimental COVID-19 Therapies**

Charts updated 9 April 2020 Page 14 of 29

Please check [www.covid19-druginteractions.org](http://www.covid19-druginteractions.org) for updates.

Please note that if a drug is not listed it cannot automatically be assumed it is safe to coadminister. No recommendation to use experimental therapy for COVID-19 is made. Drug interaction data for many agents are limited or absent; therefore, risk-benefit assessment for any individual patient rests with prescribers.

**Antipsychotics/Neuroleptics**

	ATV	LPV/r ▼	RDV	FAVI	CLQ ▼	HCLQ ▼	RBV	TCZ	IFN-β
Amisulpride	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Anipiprazole ▼	↑	↑▼	↔	↔	↔▼	↔▼	↔	↔	↔
Asenapine	↑	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Chlorpromazine ▼	↔	↑▼	↔	↔	↑▼	↑▼	↔	↔	↔
Clozapine ▼	↑	↑▼	↔	↔	↔▼	↔▼	↔	↔	↔
Fluphenazine	↔	↑	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Haloperidol ▼	↑	↑▼	↔	↔	↔▼	↔▼	↔	↔	↔
lloperidone ▼	↑	↑▼	↔	↔	↔▼	↔▼	↔	↔	↔
Levomepromazine ▼	↔	↑▼	↔	↔	↑▼	↑▼	↔	↔	↔
Olanzapine	↔	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Paliperidone ▼	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Perazine	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Periciazine	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Perphenazine ▼	↑	↑▼	↔	↔	↑▼	↑▼	↔	↔	↔
Pimozide ▼	↑	↑▼	↔	↔	↔▼	↔▼	↔	↔	↔
Pipotiazine	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Quetiapine	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Risperidone	↑	↑	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Sulpiride ▼	↔	↔▼	↔	↔	↔▼	↔▼	↔	↔	↔
Thioridazine ▼	↑	↑▼	↔	↔	↑▼	↑▼	↔	↔	↔
Tiapride ▼	↔	↔▼	↔	↔	↔▼	↔▼	↔	↔	↔
Ziprasidone	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Zotepine ▼	↑	↑▼	↔	↔	↔▼	↔▼	↔	↔	↔
Zuclopenthixol ▼	↑	↑▼	↔	↔	↑▼	↑▼	↔	↔	↔

**Text Legend**

- ↑ Potential increased exposure of the comedication
  - ↓ Potential decreased exposure of the comedication
  - ↑ Potential increased exposure of COVID drug
  - ↓ Potential decreased exposure of COVID drug
  - ↔ No significant effect
- Numbers refer to increase or decrease in AUC as observed in drug-drug interaction studies.
- ▼ These drugs have been identified by [www.crediblemeds.org](http://www.crediblemeds.org) as having a known or possible QT or TdP risk. The risk may be concentration- or dose-related and/or additive if two or more such drugs are combined.
- Note, please check product labels for any additional cardiac warnings.

**Notes:**

**Clozapine + RBV, CLQ or HCLQ**

The risk of haematological toxicity may be potentially increased as clozapine, ribavirin, chloroquine and hydroxychloroquine can cause myelosuppression. Closely monitor haematological parameters.

**Clozapine + TCZ or IFN-β**

Caution is required due to potential additive haematological toxicity.

**Quetiapine + ATV or LPV/r**

Coadministration contraindicated in the European product label for quetiapine, however, US product label recommends quetiapine should be reduced to one sixth of the original dose if coadministered with a potent CYP3A4 inhibitor.

**Key to abbreviations**

ATV	Atazanavir	CLQ	Chloroquine
LPV/r	Lopinavir/ritonavir	HCLQ	Hydroxychloroquine
RDV	Remdesivir	RBV	Ribavirin
FAVI	Favipiravir	TCZ	Tocilizumab
		IFN-β	Interferon beta

**Colour Legend**

	These drugs should not be coadministered
	Potential interaction which may require a dose adjustment or close monitoring.
	Potential interaction likely to be of weak intensity. Additional action/monitoring or dosage adjustment unlikely to be required.
	No clinically significant interaction expected

<sup>11</sup> Actualización de información en [www.covid-19-druginteraction.org](http://www.covid-19-druginteraction.org).

Tabla 5

Pauta de actuación ante omisión temporal de administración de A-ILD (adultos) <sup>12</sup>

<b>A-ILD</b>	<b>Si se ha omitido la dosis programada: tiempo transcurrido desde el último ILD</b>	<b>Medida</b>
<b>RISPERIDONA</b> <b>quincenal</b> <i>(Risperdal Consta ®)</i>	Hay un liberación retardada de fármacos, por lo que los efectos terapéuticos se mantiene hasta 3-5 semanas después de la última dosis	Se administrará el ILD lo antes posible y a continuación se reanudará el calendario quincenal  Puede ser necesaria la suplementación con Risperidona oral a partir de las 3-5 semanas desde la última dosis, al menos durante 2-4 semanas (15)
<b>PALIPERIDONA</b> <b>mensual</b> <b>(+/- 7 días)</b> <i>(Xeplion ®)</i>	Omisión de las dosis de inicio	Ver ficha técnica
	Si ha pasado de 4 a 6 semanas desde el último ILD de mantenimiento	Se administrará el ILD lo antes posible y a continuación se reanudará el calendario quincenal
	De 6 semanas a 6 meses en estabilizados con <b>25 a 100 mg/mensual</b>	ILD en deltoides lo antes posible de la <u>misma dosis</u> previa. Otro ILD en deltoides de la <u>misma dosis</u> a los 8 días. Y luego reanudación mensual a la dosis previa (deltoides o glúteo)
	De 6 semanas a 6 meses en estabilizados con <b>150 mg/mensual</b>	ILD en deltoides lo antes posible de <u>100 mg</u> . Otro ILD en deltoides de <u>100 mg</u> a los 8 días. Y luego reanudación mensual a la dosis previa (deltoides o glúteo)
	<u>Más de 6 meses</u>	Comenzar con las pautas de iniciación recogidas en ficha técnica
<b>PALIPERIDONA</b> <b>trimestral</b> <b>(+/- 2 semanas)</b> <i>(Trevicta ®)</i>	De 3 meses y medio a 4 meses	Se administrará el ILD lo antes posible y a continuación se reanudará el calendario trimestral
	De 4 a 9 meses	<b><u>Si el último Trevicta ® fue de 175 mg:</u></b>  Día 1: <i>Xeplion 50</i> (en deltoides) Día 8: <i>Xeplion 50</i> (en deltoides) Al mes tras el día 8: <i>Trevicta 175</i> (en deltoides o glúteo)
		<b><u>Si el último Trevicta ® fue de 263 mg:</u></b>  Día 1: <i>Xeplion 75</i> (en deltoides) Día 8: <i>Xeplion 75</i> (en deltoides) Al mes tras el día 8: <i>Trevicta 263</i> (en deltoides o glúteo)
		<b><u>Si el último Trevicta ® fue de 350 mg:</u></b>  Día 1: <i>Xeplion 100</i> (en deltoides) Día 8: <i>Xeplion 100</i> (en deltoides) Al mes tras el día 8: <i>Trevicta 350</i> (en deltoides o glúteo)
		<b><u>Si el último Trevicta ® fue de 525 mg:</u></b>  Día 1: <i>Xeplion 100</i> (en deltoides) Día 8: <i>Xeplion 100</i> (en deltoides) Al mes tras el día 8: <i>Trevicta 525</i> (en deltoides o glúteo)
Más de 9 meses	Se podrá reanudar el <i>Trevicta ®</i> como indica la ficha técnica para pacientes nuevos, preferiblemente tras 4 meses o más de tratamiento con <i>Xeplion ®</i>	

<sup>12</sup> La información reseñada en la ficha técnica de cada A-ILD sobre pautas de actuación ante la omisión de una dosis de dicho ILD nos proporciona asimismo información valiosa de cuánto tiempo puede esperarse hasta la próxima dosis y qué medidas adicionales deben tomarse después de esa fecha (14).

<b>ARIPIPRAZOL</b>  <b>mensual</b>  <i>(Abibliy Maitena ®)</i>	2ª o 3ª dosis omitida y han pasado de 4 a 5 semanas	Se administrará el ILD lo antes posible y a continuación se reanudará el calendario mensual
	2ª o 3ª dosis omitida y han pasado más de 5 semanas	Se debe recomenzar Aripiprazol <u>ORAL</u> durante <u>14 días</u> a la vez que se pone el ILD
	4ª o siguiente dosis omitida y han pasado de 4 a 6 semanas	Se administrará el ILD lo antes posible y a continuación se reanudará el calendario mensual
	4ª o siguiente dosis omitida y han pasado más de 6 semanas	Se debe reiniciar el aripiprazol oral concomitantemente durante 14 días, con la siguiente inyección y, posteriormente, reanudar el tratamiento de inyecciones mensuales

**Tabla 6**

Paso de antipsicótico oral a formulación A-ILD (adultos)

Antipsicótico	Dosis estable ORAL previa	Dosis ILD de inicio	Pauta de inicio	Pauta de mantenimiento	Observaciones
<b>ZUCLOPENTIXOL</b>  <b>Oral</b> <i>(Clopixol ®)</i> <b>a</b> <i>Clopixol Depot ®</i>	1 mg/d oral	8 mg Clopixol por cada mg oral si es cada 2 semanas	Mantener Clopixol oral la primera semana tras el ILD pero a menor dosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 200 – 600 mg cada 2-4 semanas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paso de <b>Acufase</b> a Decanoato: ver ficha técnica.</li> </ul>
	1 mg/d oral	16 mg Clopixol por cada mg oral si es cada 4 semanas			
<b>RISPERIDONA</b>  <b>Oral</b> <b>a</b> <i>Risperdal Consta ®</i>	Menor de 4 mg/d. (durante 2 semanas o más)	25 mg.	Mantener Risperidona oral las 3 primeras semanas tras el ILD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25- 50 mg/ quincenal</li> <li>• Incremento de dosis: cada 4 semanas como mínimo (no evaluable el ajuste de mayor dosis antes de 3 semanas)</li> </ul>	
	4 mg/d o más (durante 2 semanas o más)	37.5 mg.			
<b>PALIPERIDONA</b>  <b>Oral</b> <i>(Invega ®)</i> <b>a</b> <i>Xeplion</i>	3 mg/d	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1º ILD (día 1): 150 mg.</li> <li>• 2º ILD: 100 mg (día 8)</li> <li>• 3º ILD: dosis de mantenimiento (25-150 mg) al mes del 2º según dosis oral previa.</li> <li>• 4º y siguientes: mensual, ajustando dosis.</li> </ul>		25-50 mg mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El tratamiento oral previo con Paliperidona o Risperidona oral puede suspenderse al iniciar el ILD (en algunos, gradual).</li> </ul>
	6 mg/d			75 mg mensual	
	9 mg/d			100 mg mensual	
	12 mg/d			150 mg mensual	
<b>ARIPIPRAZOL</b>  <b>Oral</b> <b>a</b> <i>Abilify Maitena ®</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La dosis inicial y de mantenimiento de Abilify Maitena es de 400 mg al mes.</li> <li>• Después de la 1ª inyección se debe continuar el tratamiento oral con Aripiprazol oral a dosis de 10 a 20 mg/d durante 14 días.</li> <li>• Si se presentan reacciones adversas con 400 mg valorar reducción de dosis a 300 mg.</li> </ul>				
<b>OLANZAPINA</b>  <b>Oral</b> <b>a</b> <i>Zypadhera</i>	10 mg/d	210 mg/quinc. o 405 mg/mensual	<u>Tras 2 meses de tratamiento:</u>	150 mg/quincenal o 300 mg/mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabaco puede inducir el metabolismo de la Olanzapina: valorar aumento de dosis</li> </ul>
	15 mg/d	300 mg/quincenal		210 mg/quincenal o 405 mg/mensual	
	20 mg/d	300 mg/quincenal		300 mg/quincenal	

## Bibliografía

1. Barnes TRE, Drake R, Paton C, Cooper SJ, Deakin B, Ferrier N et al. **Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology.** J Psychopharmacol. 2020; 34 (1) 3-78.  
Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269881119889296>
2. APA Work Group on Schizophrenia (2004) **Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia.** 2 nd. ed. [internet; consultado el 14 abril 2020].  
Disponible en: [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf)  
(revisada en diciembre de 2019: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/APA-Draft-Schizophrenia-Treatment-Guideline-Dec2019.pdf> )
3. Arango C, Baeza I, Bernardo M, Cañas F, De Dios C, Díaz-Marsá M, García-Portilla MP, Gutiérrez-Rojas L, Olivares JM, Rico-Villademoros F, Rodríguez-Jiménez R, Sánchez-Morla EM, Segarra R, Crespo-Facorro B. **Antipsicóticos inyectables de liberación prolongada para el tratamiento de la esquizofrenia en España.** Rev Psiquiatr Salud Ment. 2019;12(2): 92-105.
4. Taylor DM, Barnes TRE, Young AH. **The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry.** 13 th ed. Oxford: Willey Blackwell; 2018.
5. Stahl SM. **Psicofarmacología esencial de Stahl: Guía del Prescriptor.** 4ª ed. Madrid: Aula Médica; 2012.
6. Huremovic D. **Mental health of quarantine and isolation.** En: En: Huremovic D (ed.). Psychiatry of Pandemics. A Mental Health Response to Infection Outbreak. Cham, Switzerland: Springer; 2019.
7. Yao H, Chen JH, Xu YF. **Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic.** Lancet Psychiatry (2020) 7 (4) [internet; consultado 14 abril 2020]
8. Centro de Salud Mental de Villaverde (AGCPSM. H.U. 12 de Octubre). **Recomendaciones para la atención telefónica de pacientes durante la pandemia COVID-19 en el CSM Villaverde.** 14 abril 2020 (documento interno)
9. Li W, Yang Y, Liu ZH, Zhao JJ, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang YT. **Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China.** Int J Biol Sciences (2020) 16:1732-8.
10. Huremovic D (ed.). **Psychiatry of Pandemics. A Mental Health Response to Infection Outbreak.** Cham, Switzerland: Springer; 2019.
11. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. **The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence.** Lancet (2020) 395: 912–20 [internet; consultado 14 abril 2020].  
Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930460-8>
12. Rodríguez-Jiménez R, Bagney A, Castillo IM<sup>a</sup>, Jiménez-Arriero MA. **Antipsicóticos de Liberación Prolongada.** 2016 (documento interno del AGCPSM del H.U. 12 de octubre).
13. <https://www.rcpsych.ac.uk> [internet]. **COVID-19: providing medication.** London: Royal College of Psychiatrists [consultado el 14 abril 2020].  
Disponible en: <https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services/providing-medication>.

14. Greenhalgh N. **Managing Long Acting Antipsychotic Depots during COVID-19** [internet; consultado el 14 abril 2020]. London: NHS Foundation Trust; marzo 2020 [consultado 14 abril 2020].  
Disponible en: [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/managing-depots-during-covid.pdf?sfvrsn=fdaffc8b\\_2](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/managing-depots-during-covid.pdf?sfvrsn=fdaffc8b_2).
15. NHS Foundation Trust – Camdem and Islington. **(COVID-19) Pharmacy and medication update. Depot or long-acting injections (LAI) antipsychotics medication.** London: NHS Foundation Trust; v1:20 marzo 2020 [consultado 22 abril 2020].  
Disponible en: [https://www.ncl-mon.nhs.uk/wp-content/uploads/Guidelines/0\\_covid19\\_depot.pdf](https://www.ncl-mon.nhs.uk/wp-content/uploads/Guidelines/0_covid19_depot.pdf)
16. Smiadviser.org [internet] **What are clinical considerations for giving LAIs during the COVID-19 public health emergency?** An APA (American Psychiatric Association) and SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) initiative [actualizado 25 marzo 2020; citado 14 abril 2020]  
Disponible en: [https://smiadviser.org/knowledge\\_post/what-are-clinical-considerations-for-giving-lais-during-the-covid-19-public-health-emergency](https://smiadviser.org/knowledge_post/what-are-clinical-considerations-for-giving-lais-during-the-covid-19-public-health-emergency)
17. NHS Foundation Trust [internet] **Guidance on managing Long-Acting Injectable Antipsychotic Injections (LAIs) during Covid-19 social isolation period.** Covid-19 Medicines Information Memo. [actualizado Marzo 2020; consultado 14 de abril 2020].  
Disponible en: <https://www.berkshirwestccg.nhs.uk/media/3870/guidance-on-managing-long-acting-injectable-antipsychotic-injections-lais-during-covid-19-social-isolation-period.pdf>
18. Esteve A, Agüera L, Manzano S. Documento de consenso de 8 sociedades científicas (*Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Neurología, Sociedad Española de Psicogeriatría, Sociedad Española de Medicina Geriátrica, Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Geriátrica*): **Manejo farmacológico de trastornos psicóticos en personas mayores con tratamiento de la infección por COVID19: interacciones y recomendaciones terapéuticas.** 2020.  
Disponible en: [http://www.sepsig.org/file/Noticias/Usode%20de%20antipsic%C3%B3ticos%20y%20otros%20psicof%C3%A1rmacos%20en%20poblaci%C3%B3n%20geri%C3%A1trica%20y%20COVID19-26\\_03\\_2020.pdf](http://www.sepsig.org/file/Noticias/Usode%20de%20antipsic%C3%B3ticos%20y%20otros%20psicof%C3%A1rmacos%20en%20poblaci%C3%B3n%20geri%C3%A1trica%20y%20COVID19-26_03_2020.pdf).
19. Liverpool Drug Interactions Group. **Interactions with experimental COVID-19 Therapies** [internet; actualizado 19 abril 2020; citado 13 abril 2020].  
Disponible en: <https://covid19-druginteractions.org>.

#### **Fichas técnicas de los A-ILD revisados**

- Clopixol Depot ®: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/60874/FT\\_60874.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/60874/FT_60874.pdf)
- Risperdal Consta ®: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/65213/FT\\_65213.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/65213/FT_65213.pdf)
- Xeplion ®: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/11672003/11672003\\_ft.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/11672003/11672003_ft.pdf)
- Trevicta ®: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/114971009/FT\\_114971009.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/114971009/FT_114971009.pdf)
- Abilify Maitena ®: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/113882002/FT\\_113882002.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/113882002/FT_113882002.pdf)
- Zypadhera ®: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/08479001/FT\\_08479001.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/08479001/FT_08479001.pdf)

**Madrid, 23 de abril de 2020**



# Recomendaciones básicas para menores con Trastornos del Espectro Autista durante la crisis de COVID-19

Lidia Carrillo Notario <sup>13</sup>

Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil. AGCPSM H.U. 12 de Octubre

---

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-  
JUVENIL (USMIJ AGCPSM)

## RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA MENORES CON TEA DURANTE LA CRISIS DE COVID-19

### DISPOSITIVOS DE LA USMIJ:

USMIJ Carabanchel-Usera	C/ Antonia Rodríguez Sacristán, 4. CS Guayaba 1ª Planta. 28044 Madrid	915089522 915084398
USMIJ Villaverde	C/ Totanés, 1. CS Los Ángeles 3ª Planta. 28041 Madrid	917955546 917955249
HD-CET "Pradera de San Isidro"	C/ Gorrión, 2. 28019 Madrid	913701140
Hospital "12 de Octubre"	H. Materno-Infantil. Planta -1. Consulta 4 (Provisional) Av. Córdoba s/n. 28041 Madrid	917792355 917792356

---

<sup>13</sup> Psicóloga clínica de la USMIJ.

El confinamiento social es una situación excepcional que ha alterado la estructura vital de la sociedad en general, pero sabemos que la estructura y la previsión son elementos fundamentales para que los niños/as con TEA puedan mantener una estabilidad. Por eso entendemos que la situación actual podría suponer problemas importantes añadidos para estos niños y sus familias y por ello, damos algunas recomendaciones que puedan ayudar a sobrellevar mejor esta situación excepcional.

- **MANTÉN UNA RUTINA.**

- Organizar una rutina flexible, de forma diaria y semanal proporciona seguridad y estabilidad.
- Mantener adecuados horarios de sueño y alimentación.
- Los objetivos deben ser realistas y ajustados a la situación actual. No te agobies si no puedes seguir el ritmo de todas las actividades, se realista con el tiempo y prioriza calidad más que cantidad.
- Es importante construir la planificación de manera conjunta haciendo partícipe al menor y dándole diferentes alternativas, lo que nos ayudará a aumentar la motivación e implicación
- Es importante diferenciar el tiempo de estudio del tiempo libre y los días laborables de los fines de semana.
- Podemos incluir hábitos de alimentación, sueño e higiene, tareas de casa, tareas escolares, ocio en solitario y acompañado, contacto con familia/amigos, ejercicio físico...
- Se recomienda balancear actividades de elevada activación con otras relajantes.
- El formato lo podemos adaptar a las necesidades del niño (escrito, visual, imágenes reales, pictogramas...). Esta web puede servir para encontrar pictogramas que nos ayuden a crear una rutina: [www.pictotraductor.com](http://www.pictotraductor.com).
- A continuación, se expone un ejemplo de rutina:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
9:00	Despertarse	Despertarse	Despertarse	Despertarse	Despertarse	Despertarse	Despertarse
9:30	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO
10:00	Arreglar el cuarto	Arreglar el cuarto	Arreglar el cuarto	Arreglar el cuarto	Arreglar el cuarto	Arreglar el cuarto	Arreglar el cuarto
10:30	Tarea colegio	Tarea colegio	Tarea colegio	Tarea colegio	Tarea colegio	Construcciones	Experimentos
11:30	Recreo	Recreo	Recreo	Recreo	Recreo	Almuerzo	Almuerzo
12:00	Tarea colegio	Tarea colegio	Tarea colegio	Tarea colegio	Tarea colegio	Baile	Ejercicio físico
13:00	Tareas de casa	Cocina	Tareas de casa	Cocina	Tareas de casa	Cocina	Cocina
14:00	COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA
15:00	Dibujar/colorear	Película	Dibujar/colorear	Película	Dibujar/colorear	Tablet/ordenador	Tablet/ordenador
17:00	Ejercicio físico	Manualidades	Círculo	Juego de mesa	Baile	Juego de mesa	Coreografía
19:00	Ducha	Ducha	Ducha	Ducha	Ducha	Ducha	Ducha
20:00	Relajación	Llamada a familia amigos	Cuentos	Yoga	Llamada a familia/amigos	Relajación	Yoga
21:00	CENA	CENA	CENA	CENA	CENA	CENA	CENA
22:00	Prepararse para la cama	Prepararse para la cama	Prepararse para la cama	Prepararse para la cama	Prepararse para la cama	Película y a dormir	Película y a dormir

- Este es solo un ejemplo de rutina, cada familia puede crear la suya y adaptarla en función de su situación y sus necesidades.
  - Algunos ejemplos de actividades que se pueden realizar son: juegos con música, psicomotricidad, juegos sensoriales (plastilina, texturas, sonidos, luces), juegos de roles (tenderos, profesores, médicos...), juegos de construcción (legos, puzles), cuentos (leer, dramatizar...), juegos de mesa...
  - En relación con las tareas escolares puede ayudar elegir momentos en los que el menor esté más receptivo, dividir las tareas en diferentes momentos, alternar tareas en función de la dificultad, permitir momentos para regularse por ejemplo que se levante, que hable de temas de interés...

#### - **INFORMACIÓN.**

- Dar información veraz de lo que está ocurriendo adaptada a la edad, utilizar pictogramas si es la forma habitual de comunicación o cualquier otro material de apoyo, cuentos, material visual.
- Controlar la exposición a la información y a las conversaciones entre adultos y aclarar cualquier duda que surja. Si no conoces la respuesta, sé honesto.
- Pueden aparecer preguntas o comentarios recurrentes sobre el tema. En este caso, podemos incluir dentro de la rutina, un espacio específico y delimitado para hablar sobre la situación y responder preguntas. Fuera de ese espacio evitaremos hablar sobre ello para que no se convierta en un tema recurrente.
- Material de apoyo para explicar el coronavirus:
  - “Coronavirus en pictogramas” [http://www.arasaac.org/zona\\_descargas/materiales/2280/Que\\_es\\_el\\_coronavirus.pdf](http://www.arasaac.org/zona_descargas/materiales/2280/Que_es_el_coronavirus.pdf)
  - “¿Qué es el coronavirus?” <https://www.aspanaes.org/files/qyb304/2020-3/18-9-24-24.admin.informacion-coronavirus-accesible-nuevas-medidas.pdf>
- Dar información y entrenar en medidas de higiene y protección (lo podemos incluir como una actividad más dentro de la rutina): lavado de manos, toser/estornudar en el codo, evitar tocarse la cara.

#### - **OBSERVACIÓN DE EMOCIONES, SENSACIONES Y CONDUCTA.**

- Los cambios en el comportamiento habitual pueden ser normales en una situación excepcional como la que estamos viviendo, por ejemplo, cambios en el sueño o en la alimentación, rabietas, juegos más agresivos, miedos, mucha necesidad de hacer preguntas o no querer hablar del tema... Es importante acompañarle en estos momentos y ayudarles a regularse.
- Las conductas disruptivas son una forma de comunicar malestar y expresar emociones, por lo que te pueden ayudar a entender mejor a los menores.



- Poner palabras a las conductas y emociones (en los momentos de elevada activación o agitación, será mejor mantener silencio o pocas palabras y dar explicaciones después) y ayudarlo a entender por qué ocurren.
- Límites básicos claros, no se puede hacer daño a uno mismo ni a otros ni tampoco dañar el material. Ayudar a reparar si ha habido algún daño.
- Ayudar a regularse y permitir conductas que le sirven en otras ocasiones a calmarse como estereotipias, conductas repetitivas y sensoriales, intereses restringidos...
- Prevenir:
  - Anticipando en la medida de lo posible los cambios.
  - Tener un espacio para la descarga emocional y conductual (habitación de la calma, cojín para estrujar, muñeco/peluche...) que ayude al menor a frenar y no entrar en escalada.
- En caso de graves alteraciones de conducta o dificultades en el manejo de la situación, puedes contactar telefónicamente con el centro de salud mental para recibir la ayuda adecuada.
- En caso de ser necesario, las autoridades permiten salir de casa a personas con TEA y alteraciones conductuales. Es importante recurrir a esta medida solo en caso necesario y sopesar el riesgo/beneficio de cada situación. Si finalmente decidimos salir de casa, es importante mantener ciertas limitaciones (paseos cortos, en lugares no concurridos, mantener conductas de seguridad...) y llevar encima documento que acredite la necesidad de salir de casa (certificado de discapacidad o informe clínico)

- **CUIDARSE PARA PODER CUIDAR.**

- Son momentos de elevada exigencia. Los padres deben cumplir diferentes roles (padre, madre, profesores, compañeros de juego, pareja, trabajador...) dentro del mismo espacio y eso puede generar confusión en toda la familia.
- Permítete estar nervioso o asustado e intenta interactuar con el niño cuando estés más tranquilo y de esta manera poder transmitirle esa calma.
- Permítete fallar, agotarte. Es normal que te sientas desbordado, perdido, enfadado, indefenso, estresado... Paciencia, acepta limitaciones propias. No va a ser posible llegar a todo.
- Tener espacios propios para padres para airearse, descansar, trabajar sin interrupciones, momentos de ocio... ¡Sin sentirte mal!



## BIBLIOGRAFIA

- Coronavirus en pictogramas. [http://www.arasaac.org/zona\\_descargas/materiales/2280/Que\\_es\\_el\\_coronavirus.pdf](http://www.arasaac.org/zona_descargas/materiales/2280/Que_es_el_coronavirus.pdf) (Nerea Ortiz Moreno)
- Arasaac <http://www.arasaac.org/>
- Cómo ayudamos a los/as niños/as con TEA y a sus familias a afrontar el COVID-19? Carrilet.
- ¿Qué es el coronavirus? SADT Aspanaes Santiago. <https://www.aspanaes.org/files/qyb304/2020-3/18-9-24-24.admin.informacion-coronavirus-accesible-nuevas-medidas.pdf>
- Autism Speaks (<https://www.autismspeaks.org/expert-opinion/talking-your-child-about-tragedy-six-tips-autism-community>)
- CORONAVIRUS 2019. Información y recomendaciones para familiares y pacientes con un Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). IPS Marañón.
- BOE 19 de marzo 2020. Artículo único Modificación del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo.

*Documento elaborado por:*  
Lidia Carrillo Notario. Psicóloga Clínica.

---

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL, AGCP SM, HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

# **Orientaciones básicas en Salud Mental infanto-Juvenil para profesionales de Atención Primaria en relación a la crisis de COVID-19**

Paula Muela de Blas, Blanca Quintana Saiz y Noelia Gutiérrez  
Fernández <sup>14</sup>

Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil. AGCPSM H.U. 12 de Octubre

## UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO- JUVENIL

### **ORIENTACIONES BÁSICAS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN RELACIÓN A LA CRISIS DE COVID-19**

#### DISPOSITIVOS DE ÁREA

USMIJ Carabanchel-Usera	C/ Antonia Rodríguez Sacristán, 4. CS Guayaba 1ª Planta. 28044 Madrid	915089522 915084398
USMIJ Villaverde	C/ Totanés, 1. CS Los Ángeles 3ª Planta. 28041 Madrid	917955546 917955249

*E-mail de contacto:* [usminfantojuvenil.hdoc@salud.madrid.org](mailto:usminfantojuvenil.hdoc@salud.madrid.org)

Posibilidad de contacto con Psiquiatría I-J también mediante *e-consulta*

<sup>14</sup> Psicólogas clínicas de la USMIJ.

Los cambios en la situación vital derivados de la pandemia por coronavirus suponen una circunstancia extraordinaria y novedosa tanto para adultos como para niños y adolescentes.

Los niños están viendo alteradas sus rutinas habituales, limitado el grado de movimiento físico e interacción con iguales. En los adolescentes, el distanciamiento del grupo social y la permanencia de todas las horas del día con sus padres puede suponer una limitación en la búsqueda de independencia propia de esta edad. Además es posible que sus familias estén atravesando por dificultades económicas, laborales o de salud, incluso que hayan tenido familiares afectados o fallecimientos de personas cercanas.

Así, sería esperable que esta circunstancia que vivimos comportase cierto grado de malestar emocional y cambios conductuales en los menores. Estas reacciones al estrés provocado por una situación excepcional van a depender en gran medida de diferencias individuales en el desarrollo cognitivo y afectivo de cada niño, así como de las reacciones que observen en los adultos encargados de sus cuidados.

Por parte de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil hemos elaborado un documento de *ORIENTACIONES BÁSICAS PARA LAS FAMILIAS DURANTE LA CRISIS DE COVID-19* así como de *RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA MENORES CON TEA DURANTE LA CRISIS DE COVID-19* que adjuntamos.

## **1.- REACCIONES NORMALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ANTE LA SITUACIÓN DE ALARMA SANITARIA**

En líneas generales, se consideran reacciones dentro de la normalidad\*:

- Llanto o mayor irritabilidad en niños pequeños.
- Cambios en hábitos de sueño o alimentación.
- Pérdida de autonomía (conductas regresivas como dificultad en control de esfínteres, demanda de ayuda para comportamientos adquiridos como vestirse o comer).
- Preocupación o tristeza
- Irritabilidad y conductas impulsivas.
- Dificultades en atención o concentración.
- Evitación de actividades que se disfrutaban previamente.
- Dolores diversos (de cabeza, de tripa...) sin causa aparente.

## **CAMBIOS NORMALES SEGÚN LA EDAD:**

### **Niños de 0 a 3 años:**

Los niños de esta edad aún no dominan el lenguaje como medio de comunicación, por lo que habrá que estar atentos a cambios conductuales y emocionales. Pueden aparecer:

- Dificultades en la separación física del cuidador principal, demanda de contacto físico o conductas de aferramiento, conductas de control sobre los adultos como saber dónde está el adulto en cada momento o preguntar a dónde va.
- Problemas de sueño, sobre todo dificultades de separación para ir solo a dormir.
- Pérdida de autonomía de conductas previamente adquiridas como control de esfínteres o demanda de ayuda para comer.
- Irritabilidad o enfado expresado por tendencia al llanto o las rabietas.

### **Niños de 3 a 7 años:**

A esta edad, el lenguaje está más desarrollado y son capaces de mayor autorregulación por medio de la palabra, aun así, su medio de expresión principal será mediante el juego. Pueden considerarse como reacciones normales los siguientes cambios:

- Tendencia a hablar más o menos de lo habitual.
- Los miedos previos se pueden intensificar (por ejemplo, miedo a ir solo al baño, a acostarse o miedo a que le pase algo a algún adulto).
- Pérdida de autonomía (demandar ser vestido, que se le dé de comer o escapes de pis por la noche).
- Alteraciones del sueño como pesadillas o no querer dormir solo.
- Demanda de contacto físico por parte de los cuidadores.
- Aumento de irritabilidad y enfado junto a conductas negativistas como desobedecer o mostrarse rebelde.
- Juego con componentes violentos y agresivos.

**Niños de 7 a 12 años:**

Los niños de esta edad van a mostrar grandes diferencias según el grado de desarrollo alcanzado, muy variable dependiendo del caso, el medio de expresión va a ser mayormente a través de la conducta (desde mayor inhibición a mayor irritabilidad). Las reacciones en esta franja de edad pueden incluir:

- Cambios conductuales y aumento de irritabilidad.
- Pensamientos reiterados o preguntas repetitivas acerca de lo que está sucediendo.
- Reparición de miedos ya superados como el miedo a la oscuridad.
- Preocupación o miedo por el bienestar físico de amigos y familiares.
- Cambios en el patrón de comunicación, más callados o habladores de lo habitual.
- Dificultad para reconocer o expresar emociones.
- Alteraciones del sueño como pesadillas o dificultad para ir a dormir solos.

**Preadolescentes y adolescentes:**

Esta etapa se caracteriza por el ser el paso medio entre la etapa infantil y la etapa adulta. Está marcada por la inestabilidad emocional y las dificultades para regular ciertas conductas. Podrán manifestarse ciertos comportamientos:

- Dificultades para percibir riesgos y sensación de invulnerabilidad, dificultad para aceptar normas, sobre todo si provienen de adultos.
- Tendencia a la irritabilidad como forma de expresión de emociones como la tristeza.
- Cambios en las rutinas de sueño y comida.
- En casa, puede preferir aislarse de la familia y buscar contacto constante con sus amigos.
- Búsqueda de información y consuelo en el grupo de iguales (amigos).
- Cambios bruscos y sin aparente desencadenante en el estado de ánimo.
- Desafío y oposición a normas familiares, pueden aparecer conductas de riesgo como dificultades para adoptar medidas de protección.
- Dificultades en la comunicación y en la expresión emocional.



\* Todas las reacciones que hemos indicado son conductas normales que pueden aparecer ante la situación de alarma sanitaria en niños y adolescentes, y lo esperable es que se vayan reduciendo a medida que se normaliza la situación. Si estas conductas **perdurasen más allá de 4-6 semanas, son de alta intensidad, interfieren en el funcionamiento cotidiano, o presentase señales de alarma** (ver último apartado), **es aconsejable ser valorado por equipo de salud mental infanto-juvenil de zona**

## **2.- TRASTORNOS MENTALES DE POSIBLE APARICIÓN EN RELACIÓN A LA CRISIS DE COVID-19**

En relación a la situación de pandemia y sus consecuencias (confinamiento, suspensión de las clases, enfermedad/muerte de familiares...) cabe esperar un aumento del sufrimiento emocional tanto en población adulta como infanto-juvenil. Es posible que en los meses posteriores acudan a consulta de AP niños o adolescentes que puedan presentar alguno de los siguientes síntomas o entidades clínicas susceptibles de atención especializada en SM IJ:

**TRASTORNO DE ADAPTACIÓN:** aparición de síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un factor de estrés y que producen malestar **desproporcionado o deterioro significativo** en el funcionamiento habitual. Debe producirse en los tres meses posteriores a la aparición del estresor.

**TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO:** aparecería como respuesta a la exposición a la muerte o lesiones graves, de forma real o como amenaza, en una o más de las formas siguientes: experiencia directa del suceso traumático, presencia directa del suceso ocurrido a otros (especialmente de los cuidadores primarios en el caso de los niños menores de 6 años); en niños menores de 6 años, conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a uno de los cuidadores primarios.

El trastorno se caracteriza por:

- **Sintomatología intrusiva:** recuerdos angustiosos recurrentes e involuntarios sobre el suceso, que en niños se pueden manifestar mediante juegos repetitivos que expresan temas relacionados con el suceso traumático, no necesariamente angustiosos en niños menores de 6 años; sueños angustiosos recurrentes cuyo contenido y/o afecto está en relación al suceso traumático, aunque en niños el contenido aterrador puede no ser reconocible; reacciones disociativas en las que la persona siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático; los niños pueden representar el trauma mediante el juego; malestar psicológico intenso cuando se expone a algún aspecto relacionado con el suceso traumático; reacciones fisiológicas intensas cuando se expone a algún aspecto relacionado con el suceso traumático.
- **Conductas de evitación** persistentes de estímulos relacionados con el suceso traumático, ya sean internos (pensamientos, recuerdos) o externos (personas, objetos, lugares).
- **Alteración cognitiva y del estado de ánimo** asociada al suceso traumático: incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso traumático; creencias negativas exageradas sobre uno mismo, los demás y el mundo; percepción distorsionada de las causas o consecuencias del suceso que llevan al sujeto a



culpase a sí mismo o a los demás; estado emocional negativo persistente (miedo, enfado, tristeza,...); apatía y tendencia a la inactividad; sentimientos de desapego; incapacidad de experimentar emociones positivas.

En niños menores de 6 años: aumento significativo de la frecuencia de estados emocionales negativos; disminución significativa del interés y participación en actividades significativas, juego incluido; comportamiento socialmente retraído; reducción de la expresión de emociones positivas.

- **Alteración significativa de la alerta y reactividad** asociada al suceso traumático: irritabilidad y arrebatos de furia con aparición de conductas agresivas (en niños menores de 6 años, pueden ser rabietas intensas); comportamiento imprudente y/o autodestructivo; hipervigilancia; respuesta de sobresalto exagerada; problemas de concentración; alteraciones en el sueño.

Debe haber síntomas de los cuatro tipos y la duración debe ser mayor de un mes (si no, estaríamos ante un trastorno por estrés agudo); así mismo, la alteración debe producir **malestar clínicamente significativo y/o dificultades en su funcionamiento habitual**.

**TRASTORNO DEPRESIVO:** para diagnosticar un episodio depresivo mayor el estado de ánimo debe ser irritable o deprimido y/o debe haber una reducción en el interés por las actividades habituales de forma constante en las últimas dos semanas. Tienen que aparecer, además, al menos 3-4 (suma entre ambos grupos de 5) de los siguientes síntomas: pérdida de apetito y fracaso en lograr los aumentos de peso esperables; alteraciones del sueño; alteraciones psicomotoras; pérdida de energía, cansancio y fatiga; sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados; disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pensamientos de muerte, ideación suicida o tentativas de suicidio. La alteración debe producir **malestar clínicamente significativo y/o dificultades en su funcionamiento habitual**.

Los síntomas y dificultades varían en su manifestación en función de la edad:

a) Menores de 6 años:

- Humor: irritabilidad con rabietas, conducta destructiva. Variabilidad. Tristeza.
- Intereses: menor juego con amigos.
- Alimentación: rarezas y aprensión, problemas con comidas, pérdida de apetito, no ganar peso o perderlo, engullir.
- Sueño: pesadillas, terrores nocturnos, resistencia a irse a la cama, insomnio intermedio.
- Movimientos: menor actividad física.
- Autoestima, preocupaciones y sentimientos: sentirse tonto, preocuparse por el castigo o el fracaso.
- Muerte/suicidio: autoagresiones como cabezazos, arañazos, tragarse objetos... Mayor riesgo de lesiones.
- Salud: problemas en control de esfínteres, dolores de cabeza, estómago, asma, dermatitis, alergias.
- Social: aislamiento y agresividad.
- Escolar: rechazo escolar en forma de fobia escolar o ansiedad de separación. Dificultades en el aprendizaje escolar.

b) Entre 6 y 12 años:

- Humor: tristeza.
- Intereses: aburrimiento.
- Movimientos: hipomotilidad o agitación.
- Autoestima, preocupaciones y sentimientos: baja AE, autodesprecio, autoagresividad, autocrítico, sentimientos de culpa.
- Déficits cognitivos: problemas de atención.
- Muerte/suicidio: ideas, planes, intentos de suicidio.
- Salud: enuresis y encopresis.
- Social: aislamiento y agresividad.
- Escolar: desmotivación, miedo al fracaso escolar, disminución del rendimiento, conducta disruptiva en el aula.

c) Adolescentes:

- Humor: tristeza, variabilidad e irritabilidad (malhumor, ira, rebeldía).
- Intereses: pasotismo.
- Alimentación: pérdida de apetito, ganancia lenta de peso, pérdida de peso, comer en exceso, obesidad.
- Sueño: insomnio o hipersomnia.
- Energía: cansancio, fatiga, falta de energía.
- Autoestima, preocupaciones y sentimientos: preocupación por la imagen corporal, baja AE y autodesprecio.
- Déficits cognitivos: menos pensamiento abstracto, indecisión.
- Muerte/suicidio: ideas, planes e intentos de suicidio. Suicidios violentos.
- Salud: dolores de cabeza y estómago.
- Social: conducta antisocial (robos, peleas, infracciones...), consumo de drogas, aislamiento.
- Escolar: despreocupación, disminución del rendimiento, conducta perturbadora en el aula, novillos, desinterés vocacional.
- Sexual: desinterés sexual, promiscuidad, embarazos, enfermedades de transmisión sexual, retraso de la pubertad, dismenorrea.

**TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA:** se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesivas durante los últimos 6 meses en relación a diversos sucesos o actividades (académicas, deportivas). El niño tiene dificultades para controlar esa preocupación que se asocia al menos a uno de los siguientes síntomas: inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta; se fatiga fácilmente; dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco; irritabilidad; tensión muscular; problemas de sueño. La alteración debe producir **malestar clínicamente significativo y/o dificultades en su funcionamiento habitual.**

**TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRASTORNOS ADICTIVOS:** Se caracterizan por un patrón problemático de consumo durante un periodo prolongado de tiempo que provoca un deterioro en el funcionamiento o malestar clínicamente significativo.

### **3.- SITUACIONES DE DUELO**

Aquellos niños que tengan algún **familiar fallecido** durante la pandemia pueden acudir a consulta de pediatría por un proceso de duelo. El duelo en sí no es una patología y la mayoría de los niños podrán elaborarlo sin necesidad de intervención profesional.

En el siguiente enlace se encuentra una guía de duelo para padres:  
<https://www.fundacionmlc.org/noticia/descarga-aqui-guia-duelo/>.

Sin embargo, existen algunos **factores de riesgo** para duelo complicado a los que se recomienda prestar atención:

- Muerte de uno de los padres o cuidadores principales en menores de 4 años.
- Trastorno mental del padre superviviente.
- Adaptación familiar inadecuada.
- Problemas de conducta previos.

Se consideran **signos de alarma** los siguientes (*se adjunta cuestionario para detección de duelo patológico*):

- **A nivel físico y/o conductual:** propensión a accidentes, abuso de sustancias, cambios en la ingesta o apetito, cambios significativos en el peso, catarros recurrentes, mareos, problemas gastrointestinales, presencia de eccemas o enfermedades atópicas en la piel, insomnio, dolores de cabeza, anergia y debilidad muscular que se manifiesta sobre todo en las piernas.
- **A nivel emocional:** agitación constante, enfado y agresividad constante, obediencia excesiva, síntomas depresivos, culpabilidad, irritabilidad, envidia constante, pérdida de autoestima, mal humor presente la mayor parte del día, pesadillas, preocupación por el pasado, inquietud, tristeza, exceso de autocrítica, pensamientos o ideas de muerte y/o suicidio y alternancia entre la evitación y la necesidad de relaciones cercanas/intimas.
- **A nivel cognitivo:** confusión constante, incredulidad, olvidos constantes, incapacidad para concentrarse, pérdidas de memoria y necesidad constante de conseguir logros y ser reconocido

#### **4.- DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL**

En el momento actual, se recomienda la derivación o consulta con Salud Mental si:

- El niño/a hace comentarios sobre deseos de muerte.
- El niño/a presenta conductas autolesivas como golpearse, arañarse, cortarse,....
- El niño/a presenta cambios drásticos en su comportamiento a nivel de sueño, alimentación o ejercicio.
- El niño/a presenta conductas extrañas.
- Se produce una descompensación emocional o conductual importante que limite significativamente su funcionamiento "habitual": crisis de angustia repetidas, conductas compulsivas que excedan de lo esperable dada la situación...

Una vez superada la fase aguda de la crisis se recomienda la derivación a salud mental si pasadas entre 4 y 6 semanas el niño/a presenta:

- Preocupación persistente por lo sucedido.
- Pesadillas u otros problemas de sueño de forma continuada.
- Un cambio significativo en su forma habitual de comportarse: agresividad, tendencia a aislarse, irritabilidad, tristeza, falta de concentración, persistencia de conductas regresivas...
- Dificultad para retomar la rutina previa.
- Problemas físicos no puntuales: dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, cambios significativos en el peso...

Se recomienda prestar especial atención a aquellos pacientes con **antecedentes psicopatológicos** que en ese momento ya no estén en seguimiento en salud mental dado el riesgo de recaída. Aquellos cuya última cita fue hace menos de un año pueden pedir cita directamente en salud mental sin precisar ser nuevamente derivados.

*Se adjunta cuestionario para detección de trastorno de estrés postraumático*

## CUESTIONARIO PARA DETECCIÓN DE TEPT

El niño debe manifestar malestar clínicamente significativo y afectación en el ámbito académico, social y/o familiar mayor al mostrado previamente a la pandemia.

Para valorar posible **Trastorno de estrés postraumático**, debe presentar al menos un síntoma de cada grupo pasadas 4 semanas desde la fase aguda de la crisis de Covid-19:

### Sintomatología intrusiva:

1. ¿Presenta recuerdos intrusivos o juegos repetitivos relacionados con la pandemia?
2. ¿Presenta sueños o pesadillas recurrentes relacionadas con la pandemia?
3. ¿Actúa o juega en ocasiones como si siguiera en la situación de pandemia/confinamiento?
4. ¿Ha observado que frecuentemente presente o refiera signos vegetativos como sudoración, rubor o taquicardia?
5. ¿Muestra malestar psicológico o reacciones fisiológicas intensas ante la exposición a estímulos relacionados con la pandemia?

### Conductas de evitación

6. ¿Evita estímulos relacionados con la pandemia, incluido el hablar sobre ellos?

### Alteración cognitiva y del estado de ánimo

7. ¿No recuerda alguna situación relevante vivida durante la pandemia o altera significativamente los hechos?
8. ¿Tiene ideas recurrentes exageradamente negativas sobre sí mismo, los demás, el mundo y/o el futuro?
9. ¿Se muestra apático, poco activo o tiende a aislarse?
10. ¿Experimenta frecuentemente estados emocionales negativos y muestra dificultad para expresar emociones positivas?

### Alteración de la alerta y reactividad

11. ¿Se enfada con mayor facilidad o tiene rabietas y/o conductas agresivas respecto a antes de la pandemia?
12. ¿Tiene mayores dificultades para conciliar o mantener el sueño que antes de la pandemia?
13. ¿Tiene respuestas exageradas de sobresalto ante estímulos insignificantes?
14. ¿Presenta problemas de concentración, por ejemplo a la hora de hacer los deberes, que antes no presentaba?

## CUESTIONARIO PARA DETECCIÓN DE DUELO PATOLÓGICO

El niño debe manifestar malestar clínicamente significativo y afectación en el ámbito académico, social y/o familiar mayor al mostrado previamente a la pandemia.

Para valorar posible Duelo patológico o complicado, debe presentar al menos 5 síntomas pasados 6 meses desde el fallecimiento:

### Manifestaciones emocionales

- ¿Está triste frecuentemente o manifiesta sentimientos de culpa?
- ¿Se muestra apático, ha perdido interés por actividades de las que antes disfrutaba?
- ¿Han aparecido nuevos miedos, como a quedarse solo o que fallezca algún otro ser querido?
- ¿Se comporta como si la pérdida no hubiera ocurrido?
- ¿Ha manifestado deseos de morir para encontrarse con el fallecido?

### Manifestaciones conductuales

- ¿Presenta llanto frecuente o rabietas?
- ¿Tiene problemas de comportamiento?
- ¿Actúa como si fuera más pequeño o presenta retroceso en su autonomía?
- ¿Imita excesivamente al fallecido?
- ¿Han aparecido dificultades en el rendimiento académico?
- ¿Tiende a aislarse socialmente o se niega a ir a la escuela?
- En los mayores, ¿cree que puede estar abusando de sustancias?

### Manifestaciones físicas y cognitivas

- ¿Han aparecido síntomas somáticos no explicados médicamente, como dolores de cabeza, abdominales, de garganta, vómitos...?
- ¿Se muestra más lento o hiperactivo? ¿Le cuesta más atender o concentrarse?
- ¿Presenta pesadillas u otros problemas de sueño?
- ¿Tiene alteración del apetito o cambio significativo de peso?

## REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM5. Arlington VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- Caballo, E; Simón M.A., Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos generales. Pirámide, Madrid, 2006.
- "Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Centros para el Control y Prevención de enfermedades. (2020). [www.cdc.gov](https://www.cdc.gov) Oficina de preparación y respuesta de salud pública. <https://www.cdc.gov/childrenindisasters/es/helping-children-cope.html>.
- Consejería de Educación, Formación y Empleo de la Región de Murcia, Un modelo de intervención psicopedagógico en catástrofes. El terremoto de Lorca, mayo 2011. Servicio de Publicaciones y Estadística de la Consejería de Educación, Formación y Empleo de la Región de Murcia, Murcia, 2013.
- Díaz Seoane, P., Hablemos de Duelo. Manual Práctico para Abordar la Muerte con Niños y Adolescentes. Fundación Mario Losantos del Campo (FMLC), Madrid, 2016.
- "NCTSM, The National Child Traumatic Stress Network (2020), Guía de ayuda para padres y cuidadores para ayudar a las familias a enfrentar la enfermedad Covid 19. [www.nctsn.org](http://www.nctsn.org)"

*Documento elaborado por:*

Paula Muela de Blas. Psicóloga Clínica.

Blanca Quintana Saiz. Psicóloga Clínica.

Noelia Gutiérrez Fernández. Psicóloga Clínica



## **Orientaciones básicas para las familias durante la crisis de COVID-19**

Laura Hernández Arroyo, Carla Russo Ferrari, Blanca Quintana Saiz, Noelia Gutiérrez Fernández y Nuria Martínez Martín <sup>15</sup>

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. AGCPSM H.U. 12 de Octubre

---

### UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (USMIJ AGCPSM)

## **ORIENTACIONES BÁSICAS PARA LAS FAMILIAS DURANTE LA CRISIS DE COVID-19**

#### **DISPOSITIVOS DE LA USMIJ:**

USMIJ Carabanchel-Usera	C/ Antonia Rodríguez Sacristán, 4. CS Guayaba 1ª Planta. 28044 Madrid	915089522 915084398
USMIJ Villaverde	C/ Totanés, 1. CS Los Ángeles 3ª Planta. 28041 Madrid	917955546 917955249
HD-CET "Pradera de San Isidro"	C/ Gorrión, 2. 28019 Madrid	913701140
Hospital "12 de Octubre"	H. Materno-Infantil. Planta -1. Consulta 4 (Provisional) Av. Córdoba s/n. 28041 Madrid	917792355 917792356

---

<sup>15</sup> La primera y la última: médicas psiquiatras USMI. El resto, psicólogas clínicas de la USMIJ



Ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 desde nuestra unidad hemos elaborado esta pequeña guía dirigida principalmente a las familias de los niños y adolescentes atendidos en nuestra unidad, aunque consideramos que puede ser de utilidad para familias que tengan dudas respecto a la salud mental de sus hijos en relación a la situación excepcional que estamos viviendo.

## **1.- RECOMENDACIONES DURANTE LA CRISIS Y EL CONFINAMIENTO**

La situación de confinamiento en el contexto de la pandemia por coronavirus supone una circunstancia completamente extraordinaria y novedosa tanto para adultos como para niños y adolescentes.

Los niños verán alteradas sus rutinas habituales, limitado el grado de movimiento físico e interacción con iguales. En adolescentes, el distanciamiento del grupo social y la permanencia de todas las horas del día con sus padres supondrá una limitación en la búsqueda de independencia propia de esta edad.

Así, sería esperable que esta circunstancia que vivimos comportase cierto grado de malestar emocional y cambios conductuales en los menores.

Dentro del reto al que nos enfrentamos, hay diversas acciones que nos pueden ayudar a niños y mayores a llevarlo mejor.

### **ACCIONES QUE AYUDAN:**

- **Evita la sobreinformación:**
  - Mantenernos constantemente expuestos a informaciones y conversaciones sobre el coronavirus puede ser una fuente importante de ansiedad e inquietud.
  - Recurre solo a fuentes oficiales y decide en qué momento del día vas a informarte. El resto del tiempo trata de estar ocupado en otros temas.
  - Protege especialmente a los niños y niñas de la sobreinformación. Es muy importante que estén informados sobre qué ocurre y qué pueden hacer para cuidarse y cuidar a otros. La información debe ser adecuada a su edad.
  - Puedes obtener mayores recomendaciones sobre cómo abordar la información con los menores consultando el apartado de “Comunicación con niños durante el confinamiento”
  
- **Establece una rutina diaria:**
  - Diseñar una rutina con objetivos realistas ayuda a estructurarnos mentalmente y aporta sosiego. Animamos a que se establezca una rutina con los menores y que estos participen en su diseño.
  - La estructura diaria debería incluir, de forma orientativa:

- Actividades y ritmo distinto entre días laborales y festivos.
  - Fijar una hora para levantarse, especialmente entre diario. Aun siendo flexibles con la hora de despertar, ésta no debería distanciarse mucho de la habitual.
  - Rutinas de aseo y vestido como hacemos normalmente. Evitar pasar todo el día en pijama. Pueden usarse ropas cómodas como chándal.
  - Definir el horario de deberes o clases, preferentemente en un horario que se asemeje a la jornada escolar habitual y evitando distracciones como el teléfono móvil. También se deben incluir los periodos de descanso (recreo).
  - Establecer la hora de la comida y la cena.
  - La tarde puede dedicarse a actividades de ocio y conexiones sociales. También será un buen momento para incluir actividad física, que debe ser una tarea clave en las rutinas de mayores y menores.
  - Pide ayuda a los niños. Inclúyeles en las tareas que os propongáis los mayores (ordenar, tal vez pintar o reparar algún elemento...)
- **Cuida los ritmos biológicos:**
    - Sueño:
      - Señalábamos previamente la importancia de conservar una buena higiene del sueño, estableciendo horarios de despertar y acostarse.
      - Puedes obtener recomendaciones más precisas para menores en este documento elaborado por la Sociedad Española de Sueño: <http://ses.org.es/wp-content/uploads/2020/03/documento-consenso-que-el-coronavirus-no-te-quite-el-sueno.pdf>
    - Comidas:
      - Establece unas franjas horarias para la comida y la cena y evita que haya picoteo entre horas.
      - Cuida las cantidades y aportes calóricos, recordando que la actividad física se va a ver reducida respecto al día a día anterior al confinamiento.
      - Es una buena oportunidad para que niños y adolescentes sean partícipes en la preparación de las comidas. No sólo adquirirán habilidades sino conciencia del esfuerzo y tiempo que requiere.
- **Reformula la situación de manera positiva:**
    - Aunque es una situación compleja, intentaremos focalizarnos o rescatar aspectos positivos:
      - Tratar de plantearlo como “gracias a nuestro esfuerzo para no salir a la calle, ayudamos a que otros y nosotros mismos estemos sanos”.
      - El confinamiento actual puede convertirse en una oportunidad para pasar mayor tiempo de calidad con los niños, jugar con ellos y escuchar lo que nos cuenten de sus amigos y colegio. Esto favorece que se sientan importantes y refuerza su autoestima.

- **Mantente conectado con los seres queridos:**
  - Las nuevas tecnologías son nuestras aliadas. Es importante que nos comuniquemos, por teléfono o videollamada, con nuestros seres queridos y los menores también con su grupo de clase, amigos...
  - Siempre se intentará que los niños se mantengan con sus padres o cuidadores principales. En el caso de que se dé una separación (p ej por hospitalización), facilitar que el menor mantenga comunicación (p ej telefónica) con su cuidador principal.
  
- **¡Sé creativo y mantente activo!:**
  - Potencia que en el tiempo de ocio haya actividades creativas y manuales: dibujar, leer, escuchar música, hacer manualidades, puzzles, disfrazarse...
  - Haced ejercicios juntos. En internet se pueden encontrar multitud de recursos y videos con divertidas rutinas físicas por edades y clases conjuntas para toda la familia.
  
- **Cuídate:**
  - Como cuidador, es importante que te cuides y permitas las emociones propias. Es un periodo de alta exigencia y todos vamos a tener limitaciones. Reserva también tiempo de desconexión para ti.

En resumen,



#### BIBLIOGRAFÍA:

- San Martín Suárez E. Consejos psicológicos para largos periodos en casa. 2020.
- Decálogo para fomentar el apego en casa en estos días de aislamiento. Equipo Psicoveritas. 2020.
- Coronavirus y adolescentes: consejos para gestionar el confinamiento [Internet]. Faros HSJBCN. 2020. Disponible en: <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/coronavirus-adolescentes-consejos-gestionar-confinamiento>
- Efectos en los niños del confinamiento en casa por coronavirus. Medidas de prevención y actuación. Faros HSJBCN. 2020. Disponible en: <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/efectos-ninos-confinamiento-casa-coronavirus-medidas-prevencion-actuacion>
- Que el coronavirus no te quite el sueño. Ses.org.es. 2020. Disponible en: <http://ses.org.es/wp-content/uploads/2020/03/documento-consenso-que-el-coronavirus-no-te-quite-el-sueno.pdf>

## **2.- COMUNICACION CON LOS NIÑ@S Y ADOLESCENTES**

Desde el pasado mes de marzo, nos encontramos en una situación de alerta sanitaria por el brote de COVID-19 al que, para combatirlo, tanto la OMS como la salud pública de todos los países del mundo, señalan que las mejores medidas para reducir la propagación del virus son la promoción de estrategias de higiene, el distanciamiento social y el aislamiento de enfermos y medidas paliativas de los síntomas.

Si bien es cierto que el cierre de los colegios supone una carga importante para las familias, que tienen que seguir trabajando en esta situación que nos concierne a todos, también puede ser una **oportunidad para mejorar las relaciones** con los niños y niñas.

El tiempo con cada uno de los hijos en este momento es esencial y divertido, haciendo que los niños se sientan queridos y seguros, mostrándoles que ellos también son importantes en esta situación.

Para poder ayudar a que los más pequeños de la casa entiendan lo que está pasando, es importante:

- **Estar emocionalmente disponibles:** En estos momentos es importante estar al lado de los niños, creando con ellos un espacio donde puedan hablar de cómo se están sintiendo o de las cosas que le preocupan, sin llegar a desbordarse.
- **Calmar:** ayudar al niño a relajarse y que se sienta comprendido, para ello puede intentar que vaya poniendo nombre a los sentimientos y poder relacionarlos con las cosas que están sucediendo. Si les cuesta hablar de lo que siente, se les puede proponer que lo expresen mediante juegos y dibujos. Además, los juegos sirven para que puedan distraerse si están especialmente activados para, en un segundo momento, pensar con ellos qué cosas son las que les están poniendo nerviosos. Es importante aceptar el malestar de los niños sin restarle importancia a lo que ellos están sintiendo en esta situación.
- **Informar:** siempre hay que intentar explicar a los niños qué está pasando, adaptándolo a su edad y pudiendo decirles qué cosas son las que han sucedido y, si es posible, qué irá pasando a continuación, haciendo algo más predecible lo que están viviendo. Es mejor preguntarles qué saben antes de darles demasiada información, así podrán expresar sus miedos, bulos que han escuchado, etc. Si formulan preguntas a las que no sabe contestar, es importante no mentirles ni alarmarles y acudir con ellos a fuentes de información fiable que les ayuden a transmitir lo que necesitan saber.

Use sitios confiables como, por ejemplo:

- ✓ OMS: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
- ✓ UNICEF: <https://www.unicef.org/coronavirus/covid-19>
- ✓ Ministerio de Sanidad: <https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/ciudadania.htm>



Hay que aportar información de lo que pueden hacer ellos para ayudar a minimizar el riesgo de infección, incluso de forma lúdica con canciones para lavarse las manos o mediante juegos, por ejemplo. También dejarles claro que su salud no está en riesgo, sino la de las personas más vulnerables y que el esfuerzo que están haciendo como equipo, es esencial para ayudar a los demás. Se pueden utilizar cuentos y material disponible en internet como *"Rosa contra el virus"*, *"El escudo protector contra el rey virus"* o *"Misión quedarse en casa"*.

Es importante evitar la exposición masiva a información que genera alarma y que no aporta un beneficio a la hora de entender la situación. También hay que tener cuidado de las conversaciones que puedan tener por teléfono o con otros adultos si los menores están escuchando.

- **Normalizar:** es normal sentirse triste, estresado, confundido, asustado o irritado durante una crisis y es importante que ellos lo sepan y que encuentren el momento para hablarlo con familiares cercanos; también es muy importante poder establecer unas rutinas diarias y flexibles que le ayuden a sobrellevar la situación y adaptarse a ella, en un entorno con límites razonables. Esta rutina podría incluir una dieta adecuada, dormir, actividades físicas y manuales y mantener contactos sociales con sus seres queridos en casa y, por correo electrónico y teléfono, con otros familiares y amigos del colegio. Esto va a ayudar a que puedan normalizar esta situación tan difícil que les está tocando vivir.
- **Día a día:** en las rutinas elaboradas sería importante introducir momentos donde los padres jueguen con los menores para que puedan pensar en otras cosas introduciendo actividades positivas. Escúchele siempre que quiera hablar de alguna preocupación o miedo y, si no puede en ese momento, infórmele y dedique un espacio después. Sería bueno permitirle tener cierto control sobre cosas pequeñas, a modo "de ayudante" de la casa, para que se sienta seguro e integrado en la dinámica familiar. Es bueno que también estén implicados en la medida de lo posible en la elaboración de las rutinas, haciéndolas todos juntos.

En esta situación, es normal que los adultos también estén angustiados, preocupados y asustados por lo que está sucediendo, por ello intente recurrir a las habilidades que haya utilizado en el pasado y que le han ayudado a sobreponerse de los incidentes de la vida, y utilice esas habilidades para manejar sus emociones y la de sus hijos durante este difícil periodo de brote.

## Y CON LOS ADOLESCENTES...

Si bien todo lo explicado anteriormente se puede aplicar a los adolescentes, sería bueno poder tener en cuenta ciertos aspectos diferenciales a la hora de comunicarnos con los adolescentes en esta situación.

La dificultad más grande posiblemente se encuentre en la forma de dar autonomía y protección sin infantilizarlos o esperar que adquiera responsabilidades que no tiene adquiridas porque "debe" hacerlo dada la situación, dejarles un lugar para su autonomía y normalizar la situación y tolerar la ambivalencia entre "necesito que me cuiden/puedo cuidarme solo" (propia de esta edad). Trátele como a iguales, pudiendo hacerle participe de que esta situación es difícil para todos y que tampoco disponen de todas las respuestas.

En líneas generales con los adolescentes es bueno preguntarles siempre si quieren hablar, si no quieren hacerlo, respetar sus tiempos. Si quiere hablar, estar disponibles y ofrecer información fiable sin "aconsejar" acerca de cómo deben sentirse. Si no se dispone de ella, incluir al adolescente en la búsqueda de dicha información tratando de aclarar miedos o información errónea que puedan haber recibido.

Es bueno potenciar todo tipo de comunicación con ellos, hablen sobre algo que les gusta a sus hijos: deportes, música, televisión, celebridades, amigos...

También es recomendable explorar con él de qué tareas puede hacerse cargo, porque su nivel de implicación siempre va a ser mayor en aquellas tareas que haya propuesto él mismo. Que participe en las rutinas diarias va a favorecer la vuelta a la rutina normal cuando esta situación finalice.

Si con los niños era importante mantenerles conectados con familiares y con amigos, en los adolescentes, el grupo de iguales es fundamental para poder afrontar la situación de confinamiento. La comunicación frecuente con sus amigos mediante las redes sociales va a favorecer que no se sientan solos, normalizando lo que están viviendo y potenciando las propias estrategias de afrontamiento en estas situaciones.

En resumen,



### BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, A., Cruz, E., Porcar, I., (2020). Coursera. Primeros auxilios psicológicos" <https://www.coursera.org/learn/pap>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia o Unicef (United Nations International Children's Emergency Fund). <https://www.unicef.org/coronavirus/covid-19-parenting-tips>
- Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
- Organización Mundial de la Salud. Lidar con el estrés durante el brote de 2019-nCoV

### **3.- REACCIONES NORMALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ANTE LA SITUACIÓN DE ALARMA SANITARIA**

Los niños y adolescentes pueden mostrar cambios conductuales o emocionales ante la situación de alarma sanitaria. Estas reacciones al estrés provocado por una situación excepcional van a depender en gran medida de diferencias individuales en el desarrollo cognitivo y afectivo de cada niño, así como de las reacciones que observen en los adultos encargados de sus cuidados.

En líneas generales, se consideran reacciones dentro de la normalidad\*:

- Llanto o mayor irritabilidad en niños pequeños.
- Cambios en hábitos de sueño o alimentación.
- Pérdida de autonomía (conductas regresivas como dificultad en control de esfínteres, demanda de ayuda para comportamientos adquiridos como vestirse o comer).
- Preocupación o tristeza
- Irritabilidad y conductas impulsivas.
- Dificultades en atención o concentración.
- Evitación de actividades que se disfrutaban previamente.
- Dolores diversos (de cabeza, de tripa...) sin causa aparente.

#### **CAMBIOS NORMALES SEGÚN LA EDAD:**

##### **Niños de 0 a 3 años:**

Los niños de esta edad aún no dominan el lenguaje como medio de comunicación, por lo que habrá que estar atentos a cambios conductuales y emocionales. Pueden aparecer:

- Dificultades en la separación física del cuidador principal, demanda de contacto físico o conductas de aferramiento, conductas de control sobre los adultos como saber dónde está el adulto en cada momento o preguntar a dónde va.
- Problemas de sueño, sobre todo dificultades de separación para ir solo a dormir.
- Pérdida de autonomía de conductas previamente adquiridas como control de esfínteres o demanda de ayuda para comer.
- Irritabilidad o enfado expresado por tendencia al llanto o las rabietas.



### **Niños de 3 a 7 años:**

A esta edad, el lenguaje está más desarrollado y son capaces de mayor autorregulación por medio de la palabra, aun así, su medio de expresión principal será mediante el juego. Pueden considerarse como reacciones normales, los siguientes cambios:

- Tendencia a hablar más o menos de lo habitual.
- Los miedos previos se pueden intensificar (por ejemplo, miedo a ir solo al baño, a acostarse o miedo a que le pase algo a algún adulto).
- Pérdida de autonomía (demandar ser vestido, que se le dé de comer o escapes de pis por la noche).
- Alteraciones del sueño como pesadillas o no querer dormir solo.
- Demanda de contacto físico por parte de los cuidadores.
- Aumento de irritabilidad y enfado junto a conductas negativistas como desobedecer o mostrarse rebelde.
- Juego con componentes violentos y agresivos.

### **Niños de 7 a 12 años:**

Los niños de esta edad, van a mostrar grandes diferencias según el grado de desarrollo alcanzado, muy variable dependiendo del caso, el medio de expresión va a ser mayormente a través de la conducta (desde mayor inhibición a mayor irritabilidad). Las reacciones en esta franja de edad pueden incluir:

- Cambios conductuales y aumento de irritabilidad.
- Pensamientos reiterados o preguntas repetitivas acerca de lo que está sucediendo.
- Reaparición de miedos ya superados como el miedo a la oscuridad.
- Preocupación o miedo por el bienestar físico de amigos y familiares.
- Cambios en el patrón de comunicación, más callados o habladores de lo habitual.
- Dificultad para reconocer o expresar emociones.
- Alteraciones del sueño como pesadillas o dificultad para ir a dormir solos.

### **Preadolescentes y adolescentes:**

Esta etapa se caracteriza por el ser el paso medio entre la etapa infantil y la etapa adulta, está marcada por la inestabilidad emocional y las dificultades para regular ciertas conductas. Podrán manifestarse ciertos comportamientos:

- Dificultades para percibir riesgos y sensación de invulnerabilidad, dificultad para aceptar normas, sobre todo si provienen de adultos.
- Tendencia a la irritabilidad como forma de expresión de emociones como la tristeza.
- Cambios en las rutinas de sueño y comida.
- En casa, puede preferir aislarse de la familia y buscar contacto constante con sus amigos.
- Búsqueda de información y consuelo en el grupo de iguales (amigos).
- Cambios bruscos y sin aparente desencadenante en el estado de ánimo.
- Desafío y oposición a normas familiares, pueden aparecer conductas de riesgo como dificultades para adoptar medidas de protección.
- Dificultades en la comunicación y en la expresión emocional.

\* Todas las reacciones que hemos indicado son conductas normales que pueden aparecer ante la situación de alarma sanitaria en niños y adolescentes, y lo esperable es que se vayan reduciendo a medida que se normaliza la situación. Si estas conductas **perdurasen más allá de 4-6 semanas, son de alta intensidad, interfieren en el funcionamiento cotidiano, o presentase signos de alarma, es aconsejable ser valorado por equipo de salud mental infanto-juvenil de zona** (ver siguiente apartado).

### **BIBLIOGRAFÍA**

- "Álvarez, A., Cruz, E., Porcar, I. (2020). Coursera. Primeros Auxilios Psicológicos. <https://www.coursera.org/learn/pap>".
- "Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Centros para el Control y Prevención de enfermedades. (2020). [www.cdc.gov](https://www.cdc.gov) Oficina de preparación y respuesta de salud pública. <https://www.cdc.gov/childrenindisasters/es/helping-children-cope.html>.
- "NCTSM, The national Child Traumatic Stress Network (2020), Guía de ayuda para padres y cuidadores para ayudar a las familias a enfrentar la enfermedad Covid 19. [www.nctsn.org](http://www.nctsn.org)"

#### **4.- ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DURANTE LA CRISIS SANITARIA**

La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) ofrece una asistencia integral y multidisciplinar a la población menor de 18 años y sus familias, pertenecientes a los distritos de Carabanchel, Usera y Villaverde, así como los que lo soliciten por Libre Elección. Debido a la situación de alarma sanitaria que estamos viviendo, se ha **reorganizado la atención** en nuestros dispositivos de acuerdo con las instrucciones recibidas por las autoridades competentes. La información puede verse modificada en función de las recomendaciones vigentes en cada momento.

La mayor parte de los niños/as y adolescentes presentarán **reacciones emocionales ajustadas** a la situación que se está viviendo. Sin embargo, conviene identificar y consultar ante determinados **signos de alarma**:

- Conductas agresivas hacia otros o uno mismo, por ejemplo golpearse, arañarse, cortarse etc.
- Comentarios relacionados con deseos o ideas de muerte
- Cambios drásticos y significativos en el comportamiento: alimentación, sueño, ejercicio, conductas extrañas...
- Descompensación emocional o conductual importante que limite significativamente su funcionamiento, como crisis de ansiedad repetidas o conductas compulsivas que excedan lo esperable dada la situación.

##### **ACCESO Y FORMA DE ATENCIÓN:**

Desde la consulta de **Pediatría/Medicina de Atención Primaria** se realiza una primera valoración y de ser necesario deriva a Salud Mental.

La atención desde la USMIJ actualmente se está llevando a cabo mediante **consultas telefónicas**, sólo excepcionalmente de manera presencial en casos que así lo requieran. Si ya está siendo atendido por nosotros puede llamar para solicitar una cita telefónica, nuestros dispositivos permanecen abiertos en el turno de mañana.

Existe también la posibilidad de atención a población infanto-juvenil que se encuentre hospitalizada, a través de la realización de una interconsulta hospitalaria solicitada por su equipo médico responsable.

La **atención urgente** de Psiquiatría Infanto-juvenil se ha centralizado en el Hospital Universitario Niño Jesús. Los ingresos psiquiátricos de pacientes de 6 a 12 años se realizan en el Hospital Universitario Niño Jesús. En el caso de adolescentes, en Hospital Universitario Niño Jesús, Hospital Universitario Puerta de Hierro y Clínica Nuestra Señora de la Paz.

Se recomienda **contactar previamente con su dispositivo/profesional de referencia.**

USMIJ Carabanchel-Usera	C/ Antonia Rodríguez Sacristán, 4. CS Guayaba 1ª Planta. 28044 Madrid	915089522 915084398
USMIJ Villaverde	C/ Totanés, 1. CS Los Ángeles 3ª Planta. 28041 Madrid	917955546 917955249
HD-CET "Pradera de San Isidro"	C/ Gorrión, 2. 28019 Madrid	913701140
Hospital "12 de Octubre"	H. Materno-Infantil. Planta -1. Consulta 4 (Provisional) Av. Córdoba s/n. 28041 Madrid	917792355 917792356

*E-mail de contacto:* [usminfantojuvenil.hdoc@salud.madrid.org](mailto:usminfantojuvenil.hdoc@salud.madrid.org)

*Documento elaborado por:*

Laura Hernández Arroyo. Psiquiatra.  
Carla Russo Ferrari. Psicóloga Clínica.  
Blanca Quintana Saiz. Psicóloga Clínica.  
Noelia Gutiérrez Fernández. Psicóloga Clínica.  
Nuria Martínez Martín. Psiquiatra.

---

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL, AGCPMS, HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

# **Guía de orientación en Duelo para familiares y pacientes. Emergencia sanitaria por COVID-19**

Loreto Ábrego García, Alejandra Casamián Mediavilla, Raúl Cuesta Arenas, Sara Díaz Trejo, Ana García Menéndez, Helena Paineira Domínguez, Irene Rodrigo Holgado, Yolanda Sanz Baños, Cristina Rivas Santiago y Juan Antequera Iglesias<sup>16</sup>

Residentes y tutores PIR. AGCPSM H.U. 12 de Octubre

## **INTRODUCCIÓN**

---

Nos encontramos ante una situación crítica y nueva para todos. El estado de alarma y la crisis producida por la Covid-19 genera multitud de desafíos emocionales a los que debemos adaptarnos en estos momentos tan difíciles.

Estos días muchas personas están falleciendo a causa del coronavirus, y con frecuencia en unas condiciones que hacen aún más compleja la elaboración del duelo y la despedida. Se dificulta que los seres queridos puedan realizar el acompañamiento final, los cierres y ritos de despedida tal y como los concebíamos habitualmente, por lo que se nos requiere crear nuevas maneras de realizar un proceso que permita aceptar la separación de quien se va. Será necesario adaptarnos a las limitaciones que esta situación nos impone, ya que asumir la frustración de la impotencia que nos genera, y crear nuevas estrategias será clave en la correcta elaboración de nuestro duelo y en la cicatrización de la futura herida.

En esta guía encontrarás información que te ayudará a saber si tus reacciones emocionales forman parte de un proceso de duelo normal, así como algunas pautas para facilitar su elaboración en estos días tan complicados. También te mostramos cuáles podrían ser algunas señales de alarma de cara a solicitar ayuda profesional si te encuentras atravesando una situación de pérdida o despedida complicada.

## **EL DUELO SIN DESPEDIDA**

---

Una característica especialmente difícil de los duelos por Covid19 es el hecho de que frecuentemente se han producido sin haber sido posible una despedida tal y como la concebíamos normalmente. Será de ayuda que se pueda crear una manera alternativa de despedirse que resulte significativa.

---

<sup>16</sup> Los dos últimos autores, psicólogos clínicos (CSM Villaverde y CSM Carabanchel., respectivamente) y tutores PIR. El resto, residentes PIR de Psicología Clínica del H.U. 12 de Octubre

### **Recomendaciones para la despedida**

1. La despedida no es un acto puntual. Son muchos los momentos en la vida, y en la enfermedad, en los cuales le has manifestado tu amor y tu compañía. Recuerda todo esto como una forma de facilitar el cierre y ofrecer un adiós que siempre estará en tu corazón.
2. Cuando nos encontramos despidiéndonos de una persona que se encuentra al final de su vida, aunque muchas veces no nos pueda contestar, puede escucharnos, así que podemos aprovechar esa entrada a la habitación a hablarle y transmitirle aquello que deseemos que sepa.
3. Tú eres toda la familia. Cárgate de toda la fuerza del resto de la familia y transmíteselo así a la persona enferma, así como al resto de los familiares que no vayan a poder estar en esa despedida presencial con vuestro ser querido. Si es posible, sería de ayuda que otro familiar pudiera acompañarte hasta el exterior (del hospital o residencia) y te pueda esperar a la salida.
4. Es importante “dar permiso” al ser querido para marchar y transmitir mensajes de tranquilidad.
5. En ese momento puede ser útil para el resto de familiares que no pueden acompañaros en la habitación, un pequeño ritual de contacto: eligiendo un lugar de la casa donde puedan estar tranquilos, contemplando una foto familiar, o lo que hay tras la ventana...
6. Mientras dure la espera hasta el final puede ayudaros el mantener contacto entre los familiares.
7. Sé consciente y permítete las emociones asociadas al proceso que estás viviendo. Es normal que sientas tristeza, rabia e impotencia.
8. Elabora algo que puedas dejar con la persona fallecida. Una carta de despedida o algún objeto importante para ambos.

### **Si no puedes estar físicamente presente durante la despedida**

Existen algunas cosas que sí puedes hacer a pesar de las restricciones impuestas por el estado de alarma:

1. Recordar que, aunque físicamente no puedas estar cerca, siempre puedes ser un apoyo para tu ser querido y/o su cuidador/a principal, y esto ya es mucho.
2. Realizar llamadas y/o video llamadas para facilitar el desahogo o generar el contacto con tu ser querido de tal manera que ambos os sintáis acompañados y arropados. Dado el aislamiento en el que se encuentra la persona, ese contacto o mensaje puede ser trasladado al sanitario, o a quien sea responsable del cuidado del paciente, para que sea un puente entre éste y su familia. Incluso para los profesionales sanitarios este tipo de gestos pueden ser una manera de gestionar la situación que están viviendo, por poco que puedan hacer, es mucho a nivel emocional o espiritual.
3. Mandarle audios o videos de tu familia, haciéndoles sentir vuestra presencia y afecto. Esto les ayudará a desconectar del entorno hospitalario y conectar con situaciones más amables. También facilitará que niños/as, personas con discapacidad y mayores a nuestro cargo puedan ser conscientes de la realidad y facilitar su comprensión e integración posterior a la pérdida.
4. Si se diera el caso de que tu familiar ya estuviera con mucha medicación y el nivel de conciencia hubiera disminuido, debes saber también que el tacto y el oído es lo último que dejamos de percibir. Siempre puedes, a través del familiar que le acompañe y/o personal sanitario disponible, mandar un audio transmitiéndole tu amor o aquellas cosas que sean importantes para ti.



## REACCIONES NORMALES ANTE UN DUELO

---

Lo primero que es necesario hacer es poder entender y normalizar algunas de las reacciones que probablemente estés experimentando. Lo esperable es que sientas que el dolor te supera, puedes sentir tristeza, culpa, soledad, confusión, impotencia, rabia... incluso indiferencia o sensación de irrealidad. Todas ellas son emociones normales ante la pérdida, y necesitan y merecen un tiempo para ser procesadas. No te asustes y dales un tiempo para estar.

A todas estas emociones esperables en un proceso normal de duelo, se unen ahora otras, fruto de la situación tan complicada que todos estamos viviendo, como pueden ser la frustración y el enfado. Es posible que te ronden preguntas como:

- ¿Por qué ha aparecido este virus?
- ¿Se podría haber evitado con medidas más drásticas?
- ¿Cómo no me di cuenta antes de lo que pasaba?
- ¿Y si le hubiéramos traído a casa estos días?
- ¿Habrá sufrido?

Es normal que éstas y otras muchas dudas aparezcan durante tu proceso de duelo, y quizás algunas de ellas no tengan respuesta. No seas tan duro/a contigo misma, las circunstancias actuales escapan al control de todos. Puede resultarte útil contactar con tu médico para ayudarte a comprender mejor la situación y limitar el sufrimiento a los aspectos que forman parte de tu caso concreto.

Quizás podría ser útil para ti leer más información sobre reacciones emocionales normales ante un duelo, saber que lo que nos ocurre es normal ayuda a comprenderlo y procesarlo sin añadirle más carga de angustia que la que ya estás sintiendo por la pérdida.

## ALGUNAS PAUTAS QUE PUEDEN FACILITAR LA ELABORACIÓN DEL DUELO

---

La despedida es importante PARA TÍ. Como familiar que está sufriendo con la pérdida de una persona querida quizás te puedan ayudar algunas reflexiones, como las que expresa tan exquisitamente Marisa Magaña Loarte, Psicóloga experta en duelo complicado y Directora del Centro de Escucha San Camilo:

*«Esto también pasará... recuerdo que mi madre, mujer curtida desde pequeña por la guerra, la posguerra y otras tantas situaciones límites en su vida, cuando veía que alguno de sus hijos lo pasaba mal por alguna situación difícil, siempre nos decía esa frase; esto también pasará, bien lo sabía ella. Y reconozco que al principio, escucharle decir aquello, aunque fuera de su voz amorosa, no me valía para nada. Pero luego fui entendiéndola y descubrí que encerraba mucha más sabiduría de la que yo había tenido capacidad de comprender en un principio. “Esto también pasará”, para empezar, encierra dentro de sí, la esperanza de tener la capacidad de afrontamiento, de poder con ello, de la manera que sea, mirándolo de frente o de reojo, pero afrontándolo. Y esa esperanza en poder salir adelante y comprobar más adelante, que esto también pasó, es la que desde el Centro de Escucha San Camilo nos gustaría cultivar y acompañar. Al sufrimiento por la ausencia del ser querido ahora se suma en muchos casos la pérdida de la despedida, la ausencia del rito que lo honra y lo ennoblece, del abrazo y el beso que tanto sostiene cuando uno ya no tiene fuerza. La enfermedad*

*a la que estamos sometidos, solo nos ha dejado la ausencia desnuda y fría, la crudeza de tener que entender que nuestro ser querido, ya no está porque así me lo ha comunicado el médico. Y lo duro es que con esto también habrá que convivir, pero ¿cómo hacerlo? Tras muchos años acompañando duelos complicados, me permito varias reflexiones que quizás puedan ayudarte si te encuentras en tan duro momento. Las personas que fallecen por este virus, lo hacen sedados, y suelen llevar así tiempo. Lo que significa que esa despedida era necesaria e importante para ti, no para tu ser querido, que ya no está en el mundo del consciente ni necesita de estas cosas. Por eso precisamente es saludable entender que el valor de la ausencia de esta despedida has de resignificarlo tú mismo, porque es para ti. La despedida del ser querido en sus últimos momentos, qué duda cabe que ayuda y consuela en muchos casos, pero no olvidemos que despedirse es mucho más que un momento, que un acto final. La despedida es un proceso, una forma de vida, es haber estado en los momentos de necesidad, es todo el cariño compartido durante una vida, es cada expresión de afecto y de cuidado, eso es lo que al final queda en el corazón. Por eso, es sano no idealizar la despedida convirtiéndola en el acto que dará sentido y resumen a toda una vida, porque no lo es, es un hecho más de cariño, lo da especial relevancia que fuera el último, pero no olvides que hubo muchos más antes. Por último, invitaría también a considerar que el no haber estado presente en el fallecimiento e incluso velatorio del ser querido, es sin duda un grandísimo acto de amor, el último y más grande que se ha podido ofrecer al ser que amamos, es un acto de generosidad, de responsabilidad y cuidado hacia los que más quieres, hacia ti mismo, hacia los más vulnerables, ¿se puede acaso honrar mejor a un ser querido que ofreciéndole la renuncia a aquello que tanto deseas por el bien de los demás? Esa si es una bella despedida».*

#### Ideas que pueden ser de ayuda

1. Recordar y ser conscientes de que el rito de la despedida es, sobre todo, importante para el que sigue vivo.
2. Permítete llorar lo que necesites. Tómate un tiempo en el día para poder pensar en la persona que has perdido y lo que significa para ti.
3. Es normal y habitual que aparezcan sentimientos de culpa por no haber podido estar a su lado en estos momentos finales. Sé muy consciente de que las limitaciones las ha puesto la crisis sanitaria y que no dependía de ti.
4. Si ahora debido a las circunstancias no podemos homenajear al fallecido se puede hacer más adelante. El recuerdo y las manifestaciones de amor estarán presentes en muchos momentos donde la familia puede tener presente al ser querido.
5. Tomar conciencia de las limitaciones que nos impone esta crisis sanitaria. Es una crisis a nivel mundial.
6. No es obligatoria la incineración, se permite la sepultura.
7. Es importante sentir que estamos conectados aunque sea de manera virtual por videoconferencias o por grupos de Whatsapp. Expresa tu pena y tu dolor con personas de confianza.
8. Pide ayuda, reconóctete vulnerable. Si ves que no estás pudiendo elaborar esto, no temas mostrar tu fragilidad. Son momentos muy duros debido a la situación de pandemia global y a tu situación de duelo particular. Existen iniciativas y centros de escucha que te pueden ayudar.
9. No te olvides que, si hay niños pequeños, ellos, al igual que tú, necesitan compartir el dolor y las emociones. Lo más importante es la seguridad que da el amor de personas que le sostienen y les explican las cosas para que las entiendan.

10. Recuerda que las personas que fallecen por este virus, lo hacen sedados, y suelen llevar así tiempo, por lo que es poco probable que hayan sufrido sus últimos momentos de soledad como probablemente lo hayan sufrido quienes, deseándolo, no han podido acompañarle.

## GUÍA DE AUTOCUIDADO

---

Recuerda que un duelo es una situación crítica que nos hace vulnerables, por lo tanto, especialmente en ella es importante que favorezcamos en la medida de lo posible todo lo que nos ayude a transitarlo.

Algunas recomendaciones útiles pueden ser las siguientes:

1. Estate atento y cuida las necesidades básicas: Come e hidrátate, ni mucho, ni poco, cosas buenas y saludables. Distribuir a lo largo del día pequeñas cantidades de comida si has perdido el apetito. Evitar comer copiosamente, en cualquier caso. No comer bien aumenta la irritabilidad y resta energía. Dormir bien también es necesario para restaurar el equilibrio del cuerpo. Descansa manteniendo un horario, en la medida de lo posible intenta no cambiarlos con respecto a antes del aislamiento, ayúdate de una relajación antes de meterte en la cama, de un baño caliente, de una infusión o una música suave. Desconéctate unas horas antes de ir a dormir de la tele o la tecnología, de las noticias de estos días.
2. Escúchate y hazte caso. Si necesitas desacelerar y descansar, hazlo. Las experiencias traumáticas que vivimos hacen que consumamos una gran cantidad de energía, permítete el tiempo necesario para recuperar parte de ella.
3. Haz ejercicio físico, esto ayuda a descansar. En estos momentos busca tu espacio en casa: en tu balcón, en el salón de tu casa, en el pasillo. Se pueden buscar tablas de ejercicios o estiramientos, por el móvil, adecuados a nuestras condiciones físicas y edad pero que incluyan movimientos de brazos y músculos pectorales. La actividad física puede ayudarte a estabilizar aspectos emocionales. Aunque es más difícil realizar deporte en casa, existen varios recursos online para mantenernos activos.
4. No te abandones, dúchate, aséate, cepíllate los dientes, cámbiate de ropa para mantener un buen aspecto.
5. Cuídate otorgándote momentos de placer, pueden ser sencillos como un baño, un masaje o un rayito de sol. Pero asegúrate de mantener alguna actividad que te haga sentir bien, aunque percibas que no la disfrutas como antes.
6. Coge un rayito de sol cada vez que sea posible, asomándote a la ventana, sentándote en el balcón o subiendo a la azotea, dadas las actuales condiciones.
7. Comparte cómo te sientes, sea con las personas que te acompañan o con otras a través de conversación telefónica, servicios de mensajería (WhatsApp) o redes sociales. Aunque no estén físicamente presentes, seguro que tus seres queridos están disponibles.
8. No te aisles. Si deseas estar solo/a, procura respetar ese sentimiento y date un momento (o los que necesites) de intimidad. Pero sin que te lleve a aislarte. Si necesitas momentos de recogimiento explícaselo así a las personas con quien convivas y busca un lugar en casa donde puedas estar a solas tranquilamente.
9. Mantente en contacto con las personas significativas para ti, son tu mejor apoyo. Quizás te pueda servir elaborar un “círculo de seguridad”: Haz una lista de personas con las que estás más cómodo/a (conecta con ellas por Skype,

WhatsApp, llamadas telefónicas, etc.). Puedes tener diferentes listas para distintos estados de ánimo porque cada una tiene un don y están ahí para ayudarte. Reconfórtate con ellas en los momentos de decaimiento o preocupación o anímate con su alegría. Probablemente recibirás llamadas de personas cercanas para transmitirte sus condolencias. Para esto, puedes contar con las personas que te acompañan para que te ayuden a ordenar las llamadas o a elegir el momento del día que consideres más oportuno para recibir las. Si tienes la necesidad de ver o hablar con algún familiar o amigo pide a la persona que te acompaña que te facilite este contacto, vía telefónica, vía mensajería o a través de redes sociales (Skype, Facetime u otros medios). No esperes a que ellos se pongan en contacto contigo; estás legitimado/a y tienes derecho a solicitar ese apoyo.

10. Para ti lo más importante es la pérdida de tu ser querido, y es esperable que te puedan surgir sentimientos de soledad, incompreensión, desamparo... generados por la falta de atención de tu entorno. Piensa que no se trata ni de falta de aprecio, ni de indiferencia, sino que la atención de las personas está centrada en la situación crítica que atravesamos. Todos/as nos sentimos impotentes e impactados ante esta alerta sanitaria.
11. Haz que tu hogar sea un espacio acogedor durante estos días de aislamiento.
12. No te exijas demasiado a nivel intelectual nuestras capacidades están mermadas porque nuestro cerebro está secuestrado a nivel emocional. Cuando estamos superados por las emociones es difícil pensar, concentrarse... Estamos confusos/as.
13. Evita todo lo que contamine tu mente, imágenes, demasiada información sobre lo que está sucediendo (covid-19) ruidos y experiencias que te hacen daño (violencia, negativismo, estridencias). Rodéate de cosas, sonidos, imágenes que sientas que son beneficiosas para ti.
14. Redacta objetivos a corto plazo: tanto por tu duelo como por la situación de incertidumbre en la que nos encontramos, intenta vivir día a día con objetivos sencillos que te ayudarán a tener una estructura y coherencia. En esta situación de confinamiento, mantener una rutina diaria con horarios respecto a la casa, ejercicio físico, tiempos de TV, descanso, etc.
15. No tomes decisiones importantes hasta que no avance más el duelo y toda esta incertidumbre social y económica provocada por el virus haya mejorado.
16. ¿Qué hacer con los objetos de recuerdo? Concédete tiempo para decidir qué te gustaría hacer con los objetos que pertenecían a tu ser querido. Por ahora, son la parte física que te queda de él o ella, cosas que puedes tocar, oler, besar, abrazar, ... y que te ayudan a conectar físicamente con su recuerdo y a poder canalizar las emociones que toca vivir ahora (tristeza, añoranza, ...). Permítete conectar con las emociones que vayan surgiendo en este momento.
17. Pide ayuda. Apóyate en tus seres queridos. Recuerda que tus familiares y amigos querrán ayudarte, aunque no saben cómo hacerlo. Dale la oportunidad de hacerlo y diles qué es lo que necesitas. Conéctate con ellos bien con videollamadas, Skype o WhatsApp.
18. Solicita ayuda profesional si fuera necesario. Aunque el dolor, la soledad y los trastornos que acompañan al duelo no tienen nada de "anormal", hay algunos síntomas que deberían hacer que acudiéramos a un profesional. Si lo consideras necesario, busca ayuda profesional, es una situación muy complicada pero no estás solo.

## ¿CUÁNDO BUSCAR LA AYUDA DE UN PROFESIONAL?

---

Aunque cada persona debe tomar esta decisión libremente, debe plantearse seriamente hablar con alguien sobre su duelo si presenta alguno de los siguientes síntomas:

- ✓ Intensos sentimientos de culpa, provocados por cosas diferentes a las que hizo o dejó de hacer en el momento de la muerte de su ser querido.
- ✓ Pensamientos de suicidio que van más allá del deseo pasivo de “estar muerto” o de poder reunirse con su ser querido.
- ✓ Desesperación extrema; la sensación de que por mucho que lo intente nunca va a poder recuperar una vida que valga la pena viva.
- ✓ Inquietud o depresión prolongadas, la sensación de estar “atrapado” o “ralentizado” mantenida a lo largo de períodos de varios meses de duración.
- ✓ Síntomas físicos, como la sensación de tener un cuchillo, clavado en el pecho o una pérdida sustancial de peso, que pueden representar una amenaza para su bienestar físico.
- ✓ Ira incontrolada, que hace que sus amigos y seres queridos se distancien o que le lleva “a planear venganza” de su pérdida.
- ✓ Dificultades continuadas de funcionamiento que se ponen de manifiesto en su incapacidad para conservar su trabajo o realizar las tareas domésticas necesarias para la vida cotidiana.
- ✓ Abuso de sustancias, confiando demasiado en las drogas o el alcohol para desterrar el dolor de la pérdida. Aunque cualquiera de estos síntomas puede ser una característica de un proceso normal de duelo, su presencia continuada debe ser causa de preocupación y merece la atención de una persona que vaya más allá de las figuras de apoyo informal que suelen estar presentes en la vida de cada individuo.

## ALGUNOS RECURSOS DISPONIBLES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y LA ATENCIÓN AL DUELO

---

- El Colegio de Psicólogos de Madrid ha creado un programa de intervención psicológica y de acompañamiento en duelo, para ayudar a las familias de las personas que han fallecido por causa de esta enfermedad. Todas las personas afectadas por un duelo que necesiten intervención psicológica pueden solicitar la misma a través del **correo electrónico: [ayudaduelocopm@cop.es](mailto:ayudaduelocopm@cop.es)**
- Espacio de escucha compartida en tiempos de coronavirus: <https://bideginduelo.org/eventos/zurekin-acompanamiento-on-line/>
- Centro de atención al duelo de la Fundación Instituto San Jose: <https://m.facebook.com/fundacion.instituto.sanjose/photos/a.511843478839293/3181280568562224/?type=3>
- Web NO ESTAS SOLO: <https://noestassolo.es/>
- Teléfono de apoyo emocional, dirigido a personas mayores que viven solos. **Telf: 957 006 249.**

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

---

1. Neimeyer, R. A., & Ramírez, Y. G. (2007). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Paidós.
2. Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.
3. Cortina, M. "Apuntes del Curso "Los niños y la muerte" (2019).
4. Cunill, M., Clavero, P.J. "La celebración de una vida". alfinlibros.com. (2008).
5. De la Herrán Gascón, A., Cortina Selva, M. "La muerte y su didáctica". Ed. Universitaria, S.A. (2006).
6. De Vicente, A. "Enséñame a decir adiós". Ed. Gesfomedia (2008)
7. Esquerda, M., Agustí A. "El niño ante la muerte. Cómo acompañar a chicos y adolescentes que han perdido un ser querido". Ed. Milenio. (2012)
8. Fernández Millán, J.M. "Apoyo Psicológico en situaciones de emergencia". Ed. Pirámide. (2010).
9. Fundación Mario Losantos del Campo. "Hablemos de duelo. Manual práctico para abordar la muerte con niños y adolescentes." (2016).
10. Hospital Universitario de La Paz. Unidad de Cuidados Paliativos y Salud Mental. "Protocolo de Atención a Pacientes en Situación de Gravedad o Últimos Días y Éxitus en la Crisis del COVID-19". (2020)
11. Nevado, M., González, J. "Acompañar en el duelo. De la ausencia de significado al significado de la ausencia. Ed. Desclée de Brouwer. (2017).
12. Payás Puigarnau, A. *El Mensaje de las lágrimas. Una guía para superar la pérdida de un ser querido*. Ed. Paidós, (2014).
13. Payás Puigarnau, A. "Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional". Paidós (2010)
14. Guía para las personas que sufren una pérdida en tiempos del coronavirus (COVID19).



# **Guía de orientación en Duelo para profesionales de Atención Primaria**

Helena Paineira Domínguez, Irene Rodrigo Holgado, Cristina Rivas Santiago y Juan de Dios Molina Martín <sup>17</sup>

CSM Villaverde. AGCPSM H.U. 12 de Octubre

## **GUÍA DE ORIENTACIÓN EN DUELO PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA**



<sup>17</sup> Las dos primeras, residentes de Psicología Clínica de 1º y 4º año respectivamente. La tercera, psicóloga clínica y el cuarto, médico psiquiatra jefe del CSM Villaverde.



Hospital Universitario  
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental  
CSM Villaverde

## GUÍA DE ORIENTACIÓN EN DUELO PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Helena Panceira Dominguez<sup>1</sup>, Irene Rodrigo Holgado<sup>1</sup>, Cristina Rivas Santiago<sup>2</sup>, Juan de Dios Molina Martín<sup>3</sup>

Residente de Psicología Clínica<sup>1</sup>, Psicóloga Clínica<sup>2</sup>, Psiquiatra y jefe de sección<sup>3</sup>  
CSM de Villaverde. AGCPySM. Hospital Universitario 12 de Octubre.

### ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	3
REACCIONES DE DUELO NORMAL.....	4
FACTORES DE RIESGO DE DUELO COMPLICADO .....	5
¿CUÁNDO DERIVAR A SALUD MENTAL? .....	6
¿QUÉ HACER EN CONSULTA? RESUMEN DEL PROCESO. ....	7
REFERENCIAS .....	8

## INTRODUCCIÓN

El duelo es el proceso que sigue a una pérdida, caracterizado por una serie de reacciones emocionales que precisan tiempo para ir asentándose y aceptándose. No se trata de algo patológico, sino de una experiencia común en los seres humanos, normal y adaptativa.

En este proceso la persona tiene un papel activo, el duelo no es una enfermedad o algo que el paciente sufre pasivamente, sino que la persona se implica en una serie de tareas dirigidas a la adaptación.

Si bien se han descrito una serie de fases o tareas que todos hemos de pasar como parte del proceso, no existe un duelo normativo, cada persona lo hará de una manera y a su propio ritmo.

No obstante, existen una serie de factores de riesgo (relativos a las circunstancias de la muerte, la relación del paciente con el ser querido...) que pueden influir en este proceso, haciendo que se convierta en duelo complicado.

En la situación de crisis sanitaria por Covid-19 que estamos viviendo, muchos de estos factores de riesgo están presentes (no poder despedirse del fallecido, no poder participar en rituales funerarios o tener el apoyo directo de seres queridos). Resulta esencial por parte de los profesionales de atención primaria el conocimiento de estos factores de riesgo así como del proceso de duelo normal y sus posibles complicaciones, en aras de realizar actuaciones preventivas, evitar alarmas injustificadas y asegurar que las intervenciones se realizan cuando son realmente necesarias.

Esta guía tiene como objetivo proponer una serie de pautas que pueden ayudar en el manejo de pacientes en duelo por parte de los profesionales de atención primaria, así como criterios a tener en cuenta de cara a la derivación a Salud Mental de los casos más graves.

## REACCIONES DE DUELO NORMAL

El proceso de duelo normal presenta unas reacciones que pueden variar de unas personas a otras. En la siguiente tabla se presentan algunas de las reacciones más frecuentes durante los primeros meses tras la pérdida:

Emociones	Pensamientos	Conductas	Síntomas físicos
Tristeza, ansiedad, enfado	Aturdimiento, confusión	Cambios en hábitos de sueño, comidas	Opresión en pecho y garganta, falta de aire
Culpa	Preocupación por el fallecido y las circunstancias	Dificultades de concentración, hiperactividad	Falta de energía, debilidad muscular
Soledad, desamparo	Sentido de presencia	Aislamiento social	Vacío en el estómago
Insensibilidad	Alucinaciones visuales o auditivas	Evitación recuerdos de la persona fallecida	Hipersensibilidad al ruido

Un paciente que presente estas características en principio no requerirá de un tratamiento especializado por parte de Salud Mental. No obstante, es esencial el papel de los médicos de atención primaria, ya que la forma en la que se desarrollen las interacciones entre el médico y los pacientes en duelo pueden facilitar el proceso de duelo y prevenir su complicación. Es por esto que a continuación describimos una serie de recomendaciones para el apoyo de estos pacientes:



## FACTORES DE RIESGO DE DUELO COMPLICADO

Cuando durante el proceso de duelo se producen importantes alteraciones en el funcionamiento normal de la persona, de forma que se ven comprometidas sus actividades diarias y su capacidad para proyectarse en planes de futuro y darle un sentido a su existencia, hablamos de duelo complicado o patológico.

Existen una serie de factores relativos a las circunstancias de las muertes que se están produciendo por Covid-19 que pueden propiciar que se compliquen los procesos de duelo. Dichos factores de riesgo son los siguientes:

No poder despedirse del ser querido fallecido.
No poder participar en rituales funerarios (asistir al tanatorio, al entierro...)
Pensar que su familiar se ha muerto solo y con dolor.
Rapidez del agravamiento de los síntomas del fallecido y la precipitación de su muerte.
La desconfianza o las dudas acerca del tratamiento médico recibido: pensar que se podía haber hecho más, que hubiera sido evitable en caso de haber más recursos...
La soledad ante la imposibilidad del contacto físico con el resto de familiares y seres queridos, no poder abrazarse, llorar juntos...
Culpabilidad por no haber llevado antes al hospital al familiar.

Junto a estas circunstancias influyen también en el desarrollo del duelo otros factores relacionados con el propio paciente y su relación el fallecido: cómo era su relación (buena, conflictiva, ambivalente...), si el fallecido era un niño o joven, antecedentes de traumas o pérdidas no resueltas, antecedentes de salud mental...



## ¿CUÁNDO DERIVAR A SALUD MENTAL?

Teniendo en cuenta lo expuesto en esta guía, los profesionales sanitarios que atiendan a familiares y allegados de fallecidos por Covid-19, deberán valorar la presencia de reacciones indicativas de duelo complicado para, en caso de que se den, derivar la persona a los dispositivos de Salud Mental correspondientes con el fin de que sean valoradas y reciban un tratamiento especializado.

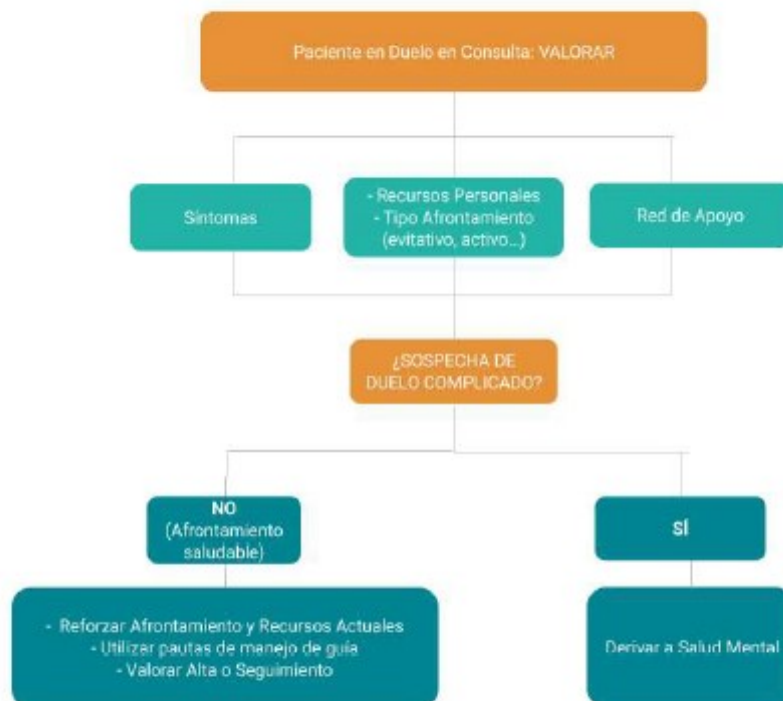
A continuación exponemos algunas de las características más comunes del duelo complicado para facilitar su identificación:

Evitación de todo lo que le recuerde la pérdida del ser querido.	Negación del fallecimiento: <b>esperanza</b> de que va a volver.
<b>Abuso de sustancias</b> (medicación, alcohol, nicotina u otras drogas) para tratar de paliar el dolor.	Desarrollo de cualquier <b>adicción</b> como forma de no pensar en lo sucedido (juego patológico, adicción al trabajo...).
<b>Culpa invalidante</b> , asociada a más temas que la muerte del ser querido	Preocupaciones acerca de la propia valía, sentimiento de <b>inutilidad</b> , autocríticas.
<b>Confusión</b> acerca del propio papel en la vida.	Deterioro en el funcionamiento diario (no aseo, desorganización horarios, <b>descuido personal</b> ).
Ánimo deprimido, tristeza constante, más allá del recuerdo del ser querido.	<b>Ideación suicida</b> .

Una consideración a tener en cuenta es que todos estos indicadores de duelo complicado pueden aparecer en fases tempranas de procesos de duelo normal, por lo que es importante valorar su presencia, gravedad y complejidad así como el momento del proceso en que se encuentra el paciente. Si un paciente llega a las pocas semanas desde la pérdida y presenta alguno de estos síntomas, sería conveniente realizar un seguimiento en la medida de lo posible, y asegurarse de que se trata de síntomas iniciales que la persona va superando. En caso de que el paciente haya sufrido la pérdida hace varios meses o los síntomas sean muy intensos y variados, entonces se recomienda la derivación a Salud Mental.



## ¿QUÉ HACER EN CONSULTA? RESUMEN DEL PROCESO.



## REFERENCIAS

Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (2). Madrid.

Barreto, P.; Soler, M.C. (2008) Muerte y duelo. Guías de intervención. Síntesis. Madrid.

Bayes, R. (2001). Psicología del sufrimiento y de la muerte. Editorial Martínez Roca. Barcelona.

Bucay, J. (2006) El camino de las lágrimas. Editorial DeBolsillo. Barcelona.

Díaz, P., Losantos, S., & Pastor, P. (2014). *Guía de duelo adulto para profesionales socio-sanitarios*. Fundación Mario Losantos del Campo.

García, I. L. (2018). Duelo en situaciones especiales. Abordaje terapéutico para familiares de duelo por muerte traumática, suicidio y personas desaparecidas.

Neimeyer, R. A., & Ramírez, Y. G. (2007). Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo. Paidós.

Payás Puigarnau, A. (2014). El Mensaje de las lágrimas. Una guía para superar la pérdida de un ser querido. Ed. Paidós.

Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (2013). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Paidós.

# **Guía de intervención psicológica para Duelo complicado por COVID-19 en Atención Especializada**

Irene Rodrigo Holgado, Alejandra Casamián Mediavilla, Ana García Menéndez, Helena Paineira Domínguez, Raúl Cuesta Arenas, Loreto Ábrego García, Sara Díaz Trejo, Juan Antequera Iglesias y Cristina Rivas Santiago<sup>18</sup>

PIR y tutores de Psicología Clínica. AGCPSM H.U. 12 de Octubre



## GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA DUELO COMPLICADO POR COVID-19 EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA,  
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE  
Elaborado por: Residentes de Psicología Clínica y Tutores PIR.

<sup>18</sup> Los dos últimos autores, psicólogos clínicos (CSM Carabanchel y CSM Villaverde, respectivamente) y tutores PIR. El resto, residentes PIR de Psicología Clínica del H.U. 12 de Octubre

- 1. Introducción**
- 2. Tareas e Intervenciones en Duelo**
- 3. Intervención Grupal en Duelo**
- 4. Propuesta de Protocolo de Intervención**
- 5. Conclusiones**
- 6. Bibliografía**

## 1. Introducción

---

Nos encontramos ante una situación crítica y nueva para todos. La crisis sanitaria producida por la Covid-19 y el estado de alarma que vivimos actualmente generan multitud de desafíos emocionales. Estos días, muchas personas están falleciendo a causa de esta enfermedad, en condiciones que dificultan a sus familiares y allegados la elaboración del duelo.

La imposibilidad de acompañar a sus seres queridos durante el proceso de la enfermedad y en sus últimos momentos, la limitación a la hora de llevar a cabo los tradicionales ritos de despedida, así como la soledad con que estas personas están obligadas a vivir el duelo, son circunstancias que pueden complicar este proceso, acarreando consecuencias negativas en su salud mental. La realidad actual nos exige crear nuevas maneras de realizar un proceso que permita aceptar la separación y pérdida de quien se va. Será necesario adaptarnos a las dificultades que esta situación nos impone; asumir la frustración, la rabia y la impotencia que nos genera y crear nuevas estrategias serán clave en la aceptación y cicatrización de la herida de la pérdida.

Es probable que durante los próximos meses acudan a nuestras consultas personas con dificultades para elaborar las emociones elicítadas por estas situaciones, lo que nos llevará a tener que estar preparados para poder acompañarlas en este proceso, así como intentar evitar que se generen cuadros psicopatológicos relacionados, o tratarlos en el caso de que ya estén en curso.

Desarrollar o incluso plantear estructurar de manera rígida y concreta una guía de intervención en un proceso de duelo es una tarea que en sí misma es un tanto contradictoria. Partir del objetivo de proporcionar una ayuda personalizada para acompañar e intervenir en un proceso de duelo debería considerar las circunstancias particulares del fallecimiento y/o de la pérdida, así como permitir un espacio de seguridad donde poder compartir, sin ambages ni ataduras, el proceso por el que cada uno está transitando en el contexto de una pérdida.

El propio hecho de definirlo como un “*proceso de duelo*” ya implica, como proceso, “*ir hacia adelante, con el transcurso del tiempo*” y, como duelo, un “*dolor, aflicción o demostración que se hace para manifestar el dolor por la muerte de alguien*”. Así, un proceso de duelo implicaría el abordaje y avance, a lo largo del tiempo, o de las sesiones en nuestro caso, de aquel dolor o aflicción que, de manera individual, cada uno hace para manifestar su dolor por la muerte de alguien.

Asimismo, teniendo en cuenta no sólo las demandas y necesidades percibidas en los sujetos dolientes, sino también los recursos y espacios de cada servicio, nuestro objetivo ha sido recopilar, aglutinar, ordenar y estructurar de una manera clara, procesual y aplicable, aquellas tareas que sería conveniente afrontar y estructurarlas en una tentativa de proceso secuencial. Entendemos que, en tanto proceso, deberá estar asentado sobre la idea de flexibilidad y respeto a la individualidad, a los tiempos de aquellos dolientes que participen en estos espacios, así como a los emergentes que, en tanto protagonistas únicos, traigan y quieran compartir en el contexto de las sesiones individuales o grupales.

No es necesario mencionar que aunque una sesión o una progresión de procesos esté pensado de una manera concreta o en un orden concreto, si esa sesión, progreso o intervención no va en línea con los protagonistas, con los participantes en las sesiones, perderá el objetivo de ser de ayuda y desplazará su interés primigenio, tornándose en otro elemento más, invasivo, rígido e impositivo, como lo ha sido la pérdida sobrevenida de cualquiera de los familiares.

Esta guía, cuyo uso está dirigido a profesionales especialistas en Salud Mental, especialmente a Psicólogos Clínicos, tiene por objetivo servirles de orientación en la intervención psicológica del duelo por Covid-19. Con este fin, se proporcionan recomendaciones para diseñar e implementar un plan de intervención individual y grupal, a partir de estrategias específicas a cada tarea del proceso del duelo.

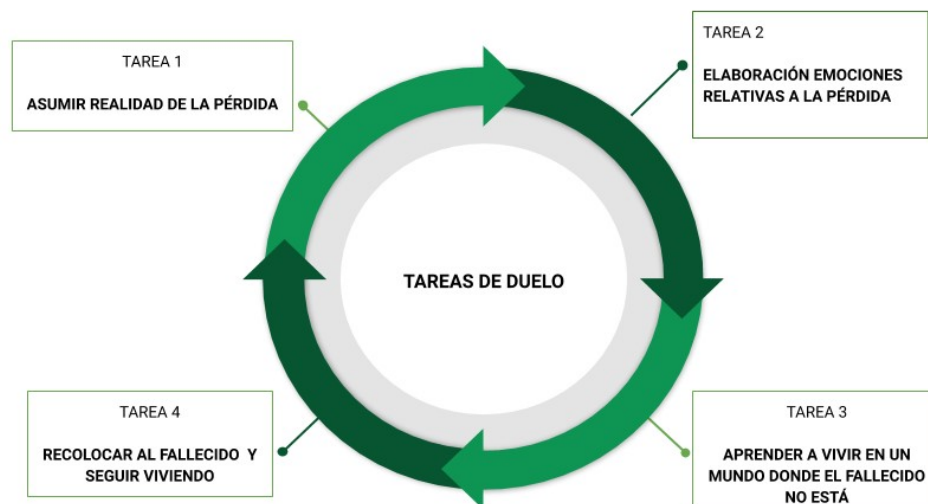
En ella comenzaremos revisando el marco teórico de las tareas del duelo de Worden, para después dar forma a intervenciones individuales concretas en cada una de las tareas nombradas haciendo mención específica a elementos diferenciales de los procesos relacionados con COVID. Por último, revisaremos las ventajas y dificultades de llevar a cabo una intervención grupal en este tipo de duelos, y plantearemos una tentativa de protocolo que pueda servir de guía para las intervenciones realizadas en Atención Especializada.

## 2. Tareas e Intervenciones en Duelo

La mayoría de clínicos y autores contemporáneos se mantienen en la línea de las ideas aportadas por Worden, que resumimos a continuación, donde el duelo se entendería como:

- Un *proceso activo*.
- *Único*, que supone una posición subjetiva, de afrontamiento y de elaboración activa por parte del doliente.
- Donde **no** hay una sucesión de fases definida ni un **orden concreto** en el que se deba elaborar.
- En lugar de hablar de fases o etapas, introduce el concepto de *tareas*, enfatizando el papel activo del paciente en la elaboración de su duelo.

Esta guía aborda este proceso activo basándose en las tareas definidas y diferenciadas por este autor como aquello que el doliente tiene que resolver para poder elaborar de una forma adecuada y sana su duelo.



### Objetivos de la Intervención Psicológica en Duelo:

- Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida.
- Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella.
- Facilitar la resolución de los problemas prácticos suscitados por la falta de aquello perdido.
- Facilitar una despedida y la posibilidad de vuelta a encontrar sentido y posibilidad de satisfacción en la vida.

### Consideraciones Generales:

Siguiendo a Worden, hemos dividido las técnicas y estrategias de intervención psicológica en función de la fase de duelo en la que se encuentra el paciente y la tarea que está realizando en cada momento. Sin embargo, queremos recordar que estas tareas o fases no tienen por qué experimentarse de forma secuencial, así como se puede oscilar entre varias de ellas a lo largo del proceso. Por tanto, las técnicas descritas a continuación pueden emplearse a lo largo de toda la intervención psicológica, respondiendo más a la necesidad observada en el paciente en un momento concreto que a la clasificación que aquí proponemos. Aunque las tareas son descritas para población general, tendremos que prestar especial atención a los pacientes con patologías previas y Trastorno Mental Grave, ya que puede ocurrir que su trastorno de base se vea complicada por un proceso de duelo patológico. Si bien para ayudar al paciente en cada una de



las cuatro tareas que ha de afrontar existen una serie de pautas específicas, hay otras recomendaciones que son transversales a todo el curso de la terapia:

- **Respetar el ritmo del paciente.** Cada paciente va a necesitar un tiempo para pasar de una fase a otra, y puede volver a tareas que ya se creían completadas.
- **Hablar de la persona que ha fallecido:** quién era, cómo era, qué recuerda el doliente de él/ella, de qué cosas disfrutaban juntos... No evitar hablar del fallecido.
- **Normalizar** sus reacciones y emociones y contextualizarlas en el proceso de duelo que está viviendo, pero con cuidado de **no restarles importancia.**
- Respetar lo que el paciente quiere o puede contar. Observar para qué está preparada la persona y **no forzar.** No es conveniente invitar a realizar tareas para las que no están aún preparados.
- **Ajustar** la intervención a las **características individuales** de cada paciente.
- **Centrarse en lo que le conviene al paciente y no dejarse llevar por las necesidades personales** (querer avanzar rápidamente como una forma de evitación propia o por miedo al desbordamiento de los pacientes).
- **Cuidarse como profesional.** Puede ser bueno tomarse un tiempo antes y después de la consulta con un paciente en duelo.

Aunque, como veremos, cada fase tiene unos objetivos y unos abordajes concretos, existen algunas **técnicas específicas** que se pueden emplear durante toda la intervención psicológica, como, v por ejemplo:

- **Lenguaje evocador.** Facilita que el paciente tome conciencia de la realidad de la pérdida y que contacte con sus sentimientos (tareas 1 y 2):
  - Hacer explícito el fallecimiento de forma cuidadosa pero directa (la muerte de tu hijo vs. la pérdida de tu hijo).
  - Uso de tiempos verbales adecuados, esto es, hablar en pasado del fallecido.
- **Símbolos y objetos de vinculación.** Facilita la emergencia de los afectos en la relación con nosotros:
  - Explorar la existencia de tales objetos, preguntando qué cosas han conservado después de la muerte.
  - Si se cree que el superviviente está utilizando algo como objeto de vinculación sin ser muy consciente de ello se puede discutir en la terapia.
  - Puede ser útil animarle a traer a sesión fotos del fallecido, cartas, vídeos o alguna pertenencia del fallecido.
- **Uso de escritos.** El acto de escribir facilita el contacto con sus emociones y la búsqueda de significados:
  - En forma de cartas al fallecido expresando cómo se siente (por ej: diario del proceso de duelo, poema...)
  - Puede utilizarse este medio para “resolver” discusiones pendientes o decir cosas que no tuvieron ocasión de comunicar antes.
- **Dibujar.** Juega el mismo papel que el uso de escritos (particularmente útil en niños).
- **Role Playing.** Útil para varios objetivos:
  - Facilitar la expresión de emociones y la búsqueda de nuevos significados o actualizar conflictos pendientes con la persona ausente (una modalidad especialmente útil en esta línea es la de la “silla vacía”).
  - Modelar o entrenar habilidades (especialmente en aquellos pacientes con dificultades en la tarea 3).
  - Facilitar la representación de escenas temidas.

- **Reestructuración cognitiva.** Particularmente útil para tratar problemas referentes a los sentimientos de culpa o responsabilidad que parecen en forma de “¿Y si...?”.
- **Elaboración de un “Libro de recuerdos”.** Puede emprenderse como una tarea colectiva, facilitando el que la familia entera, incluidos los niños, comparta el intento de reconstruir la relación con el ausente.
- **La huella vital.** El fallecido dejó en nosotros algo que no se puede perder, maneras, gustos, experiencias, palabras, gestos, sensaciones, etc.
- **Imaginación guiada.**

## Tareas, Intervenciones y Recomendaciones:

A continuación, se resumen los objetivos y características de cada una de las tareas, las dificultades u obstáculos que podríamos encontrarnos en su abordaje clínico y las intervenciones específicas que podrían ser de utilidad. También se ha incluido en cada una de las tareas las peculiaridades que podremos encontrarnos en los potenciales pacientes que hayan sufrido pérdidas por COVID, que como veremos tiene unas características concretas.

### Tarea 1: Asumir la realidad de la pérdida

#### Características:

- Consiste en aceptar, asumir y tolerar la muerte del ser querido como una realidad que le está ocurriendo en el momento actual.
- En los momentos iniciales la sensación de irrealidad es la norma. Ante las circunstancias complejas vividas, la persona puede vivirse de forma distanciada frente a lo sucedido, con dificultad para clarificar y distinguir los recuerdos reales de los inciertos.
- Se trata de constatar la pérdida como condición para iniciar la elaboración del duelo.
- Proveer un entorno seguro para considerar la pérdida y una cierta normalidad con la que contrastarla.

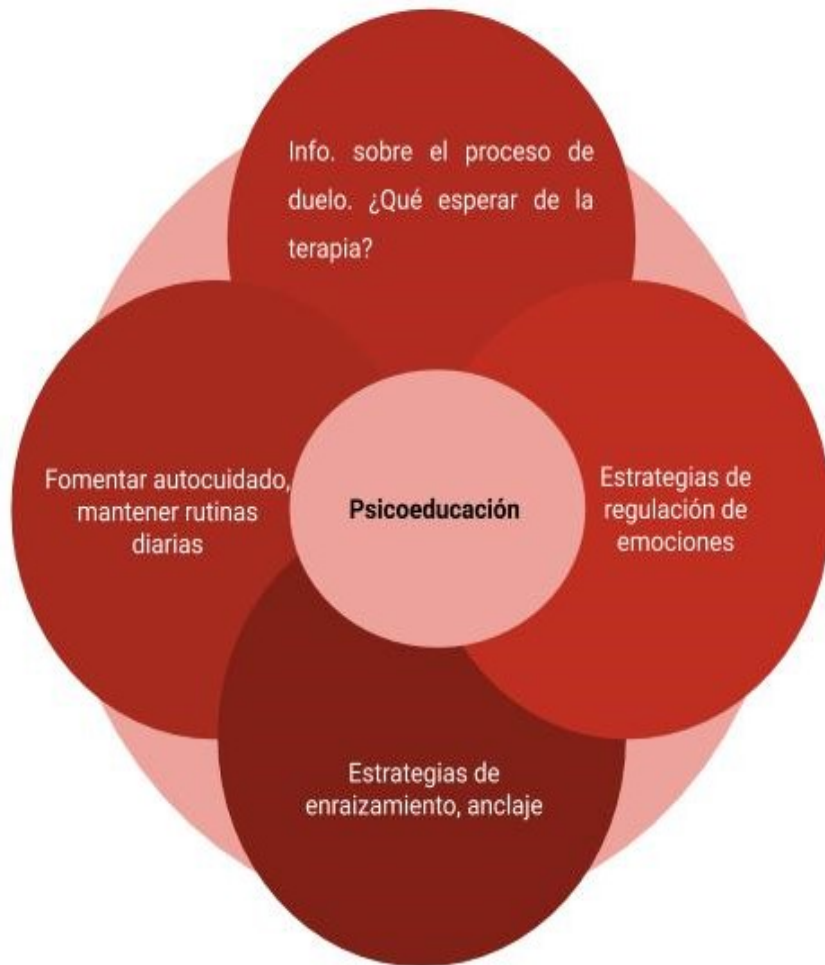
#### Posibles dificultades:

Dificultades comunes	Dificultades por Covid-19
Hablar del fallecido en presente.	Dificultades en la realización de ritos fúnebres (funeral, entierro...).
Mantener sus pertenencias intactas, como si la persona fuese a volver.	No poder despedirse del ser querido (riesgo de contagio).
Tratar de comunicarse con el fallecido (espiritismo, médiums...).	No poder ver el cuerpo del fallecido.
Intentar contactar con él esperando que responda.	No tener apoyo directo de familiares y amigos (no contacto físico...)
Deshacerse de todas las pertenencias del fallecido, como si no hubiese existido jamás.	No haber tenido contacto directo con el fallecido en los últimos momentos
Imaginar diferentes finales (y si...).	Rapidez del proceso de enfermedad y muerte, con dificultad para tomar contacto con el hecho.

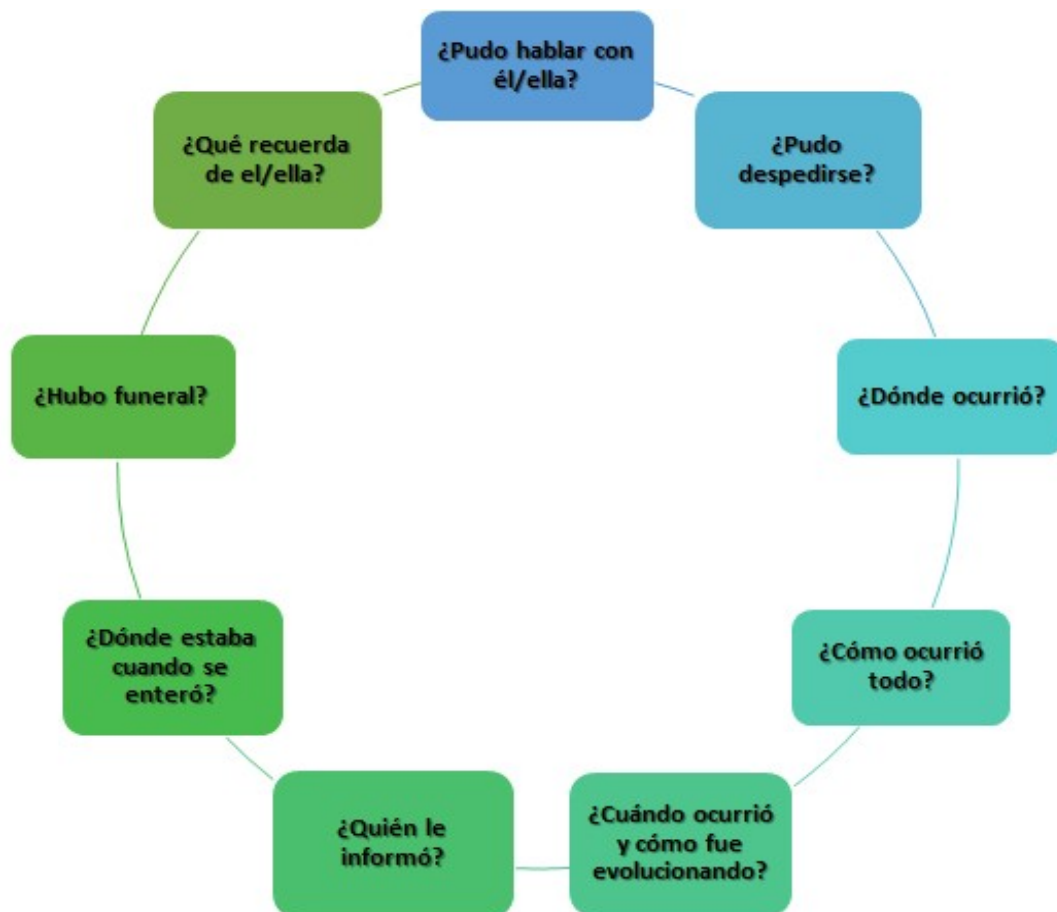
**Intervención: Ayudar al superviviente a tomar conciencia de la muerte.**

En esta tarea inicial contamos con dos tipos de intervenciones; unas de corte psicoeducativo, que permiten que la persona tenga una base estable sobre la que trabajar, y otras centradas en la narración de la pérdida, con el objetivo de que la persona conecte con lo sucedido.

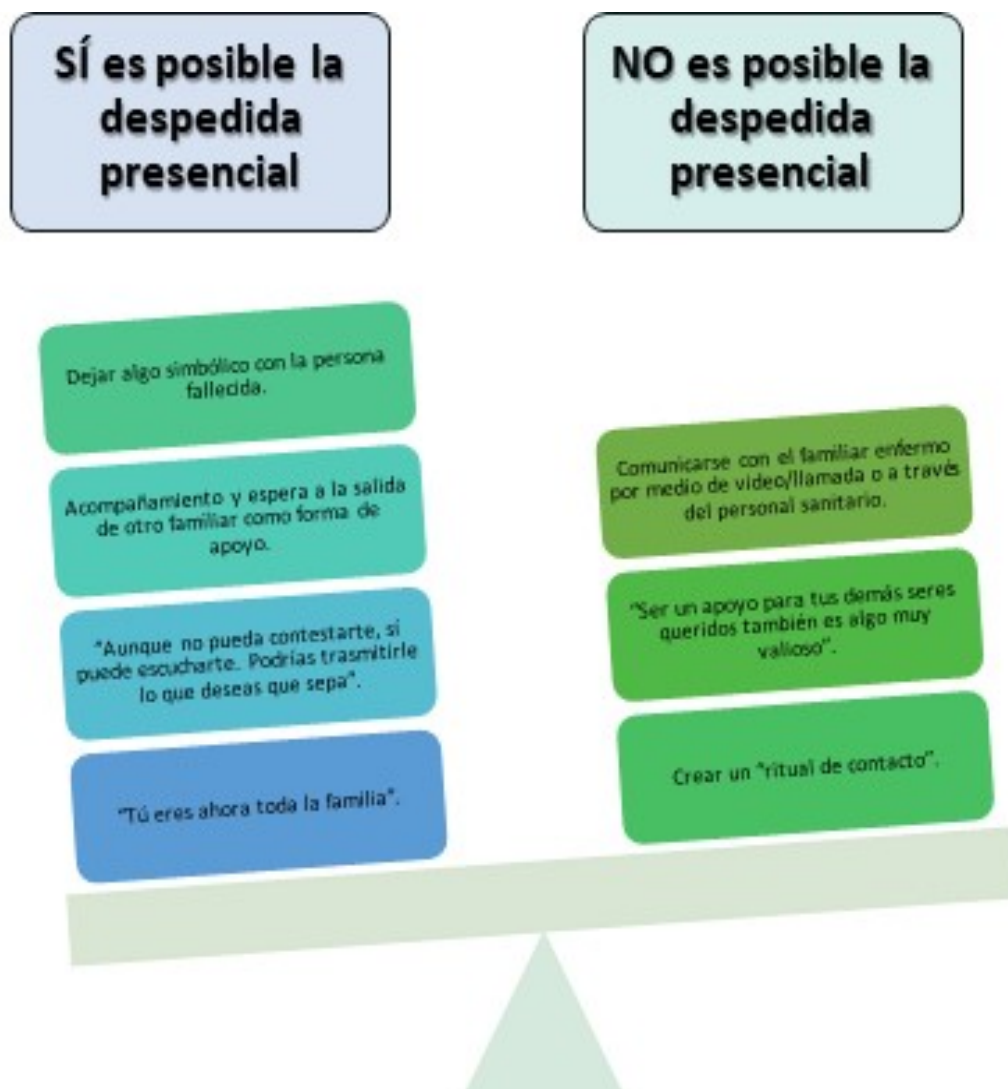
**1. Psicoeducación:**



## 2. Elaboración de la narrativa de la pérdida:



## Recomendaciones específicas en relación al Covid19



## Tarea 2: Elaborar las emociones relacionadas con la pérdida

### Características:

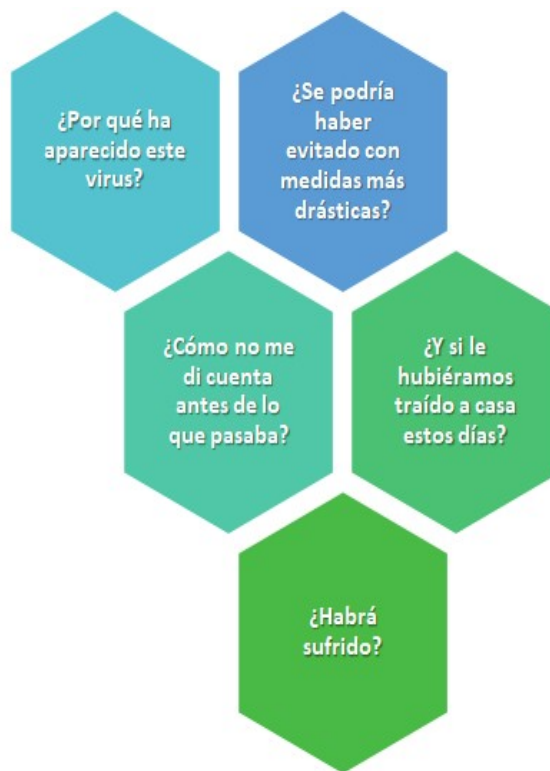
- Esta tarea consiste en abordar y elaborar las emociones asociadas a la pérdida.
- Es habitual que coexistan una mezcla de emociones, como la tristeza, el dolor, el enfado, la ansiedad, la culpa, la ira, la soledad, la vergüenza, etc...
- Será importante explorar y considerar las maneras únicas y particulares de afrontamiento.
- El objetivo será construir una narrativa coherente, completa y global (emocional y racional) de la pérdida, que quede integrada en la historia vital de la persona.

- En condiciones normales, el fracaso en contactar con sentimientos genuinos en las primeras fases se considera un predictor de complicaciones en el proceso de duelo. Posponer esta tarea puede ser, sin embargo, una estrategia de afrontamiento que puede ser válida en situaciones de gran desestructuración.

**Posibles dificultades:**

Dificultades comunes	Dificultades por Covid-19
<p>Discurso racional, evitando las emociones.</p> <p>Estancarse en una emoción concreta.</p> <p>Discurso positivo, centrarse en “seguir adelante y no mirar atrás”.</p> <p>Inmiscuirse en actividades peligrosas.</p> <p>Viajar constantemente como forma de evitación.</p> <p>Mudarse inmediatamente.</p> <p>Abuso de sustancias como medio para “no sentir”.</p>	<p>Sentimientos de rabia y enfado hacia la situación que causó la muerte.</p> <p>Sensación de incertidumbre y descontrol, falta de información a lo largo del proceso de enfermedad.</p> <p>Rumiaciones sobre la manera en la que han transcurrido los acontecimientos.</p> <p>La imposibilidad del contacto físico podría complicar la ventilación emocional de la persona afectada.</p> <p>Sentimientos de culpa en relación al contagio o a las medidas de atención prestadas.</p> <p>Rabia hacia las instituciones médicas o la sociedad.</p>





### **Intervención: Ayudar al superviviente a identificar y expresar sentimientos**

- Facilitar la identificación y reconocimiento de emociones (nombrar las emociones de manera explícita).
- Encuadrar las reacciones emocionales como normales, propias de un proceso de duelo.
- Usar fórmulas que faciliten la expresión de ambivalencia. Una vez que el paciente está convencido de que nos podemos hacer cargo de la expresión de sentimientos “negativos”, podemos abordar la expresión de sentimientos “positivos”.
- Puede ser de ayuda ejercer de yo-auxiliar en algunos momentos iniciales hasta que salve sus primeros bloqueos a la hora de identificar estas emociones, sobre todo si son muy intensas y/o están siendo negadas.
- Explorar las ideas autolíticas que puedan surgir relacionadas con la culpa o la asunción de responsabilidad por el fallecimiento (planes concretos, intentos...)
- Pedirle que narre su relación con la persona fallecida y facilitarle que lo haga haciendo hincapié en los afectos (“cuénteme cómo fue su vida con...”, “¿cómo ha cambiado su vida desde que murió?”, “toda relación tiene sus altos y bajos, ¿cuáles fueron los suyos?”).

### **Recomendaciones específicas en relación al Covid19:**

- Normalizar la sensación de falta de control e incertidumbre respecto a la situación actual.
- Dar cabida y trabajar el autorreproche, la culpa y la dureza que el paciente puede estar aplicando sobre sí mismo. En caso de que se identifique rabia intensa será importante explorar si ésta se dirige también hacia uno mismo, en cuyo caso habrá que tener presente explorar ideación autolítica.

- Sugerir la posibilidad de contactar con los médicos responsables de su familiar para clarificar las cuestiones pertinentes.
- Recalcar la importancia de respetar los momentos de intimidad y recogimiento sin caer en el aislamiento.
- Elaborar un “círculo de seguridad” con las personas con las que le resulte cómodo compartir. Estar conectado, aunque sea de forma virtual (videoconferencias, grupos de Whatsapp...).

En los duelos relacionados con COVID19 se está detectando que las emociones más frecuentes son:

Emoción	Enfado	Culpa	Ansiedad	Tristeza
<b>¿Cómo se muestra?</b>	Hacia el fallecido, equipo médico, otro familiar o la propia persona.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centrada en <b>circunstancias de la muerte</b>: “Y si lo hubiese llevado antes al hospital...”, “Yo podría haber...”.</li> <li>- Normalmente <b>irracional</b>.</li> </ul>	Pensar que no puede vivir sin la persona fallecida, <b>contacto con propia muerte</b> .	Puede mostrarse de muchas formas diferentes (irritabilidad, apatía, llanto...)
<b>A tener en cuenta...</b>	Culturalmente <b>menos aceptada</b> , por lo que puede estar <b>oculta</b> bajo expresiones repetitivas del tipo “qué bueno era...”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Culpa del superviviente</b>. “Debería haber muerto yo y no...”. Negación del azar en la muerte.</li> <li>- Si la culpa es <b>real</b>, trabajar la aceptación y las emociones que conlleva, no restarle importancia.</li> </ul>	Puede indicar la calidad de vida social de la persona.	Puede estar <b>oculta por vergüenza, crítica social</b> (“los hombres no lloran”, “ya ha pasado mucho tiempo...”)
<b>¿Cómo intervenir?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indagar de forma indirecta</li> <li>- Permitir la expresión de emociones negativas y luego equilibrar con recuerdos positivos.</li> </ul>	<b>Poner en realidad el margen de maniobra</b> que tenía el paciente cuando tomó la decisión de la que se siente culpable y la información de la que disponía, señalar la buena intención de sus actos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar funcionamiento y <b>estrategias personales previas</b>.</li> <li>- Propiciar cambios hacia una <b>mejor vida social</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permitir expresiones de tristeza y desahogo como el llanto.</li> <li>- Redefinir como una <b>fortaleza</b> y no como una debilidad.</li> </ul>

### Tarea 3: Aprender a vivir en un mundo donde el fallecido ya no está presente

#### Características:

- En esta tarea es importante abordar cómo continuar a partir de ahora sin la persona perdida, teniendo en cuenta que hay pérdidas, pero también cambios de rol y ajustes necesarios provocados por éstas.
- Posibles sensaciones de estar perdido, de incapacidad o inutilidad.
- Cuando nos enfrentamos a la pérdida de un ser querido, puede que no seamos capaces de afrontar problemas básicos de la vida diaria.
- En condiciones normales, las redes sociales y familiares de los afectados se modifican para ayudarles en tanto se capacitan para desempeñar nuevos roles.

#### Posibles dificultades:

Dificultades comunes	Dificultades específicas por Covid-19
Desarrollar habilidades de afrontamiento activas.	La cuarentena puede dificultar la incorporación a una rutina estable.
No permitirse ejercer roles que ejercía el fallecido.	Sensación de “congelamiento” en el tiempo que dificulta la percepción de progresión en el proceso.
Dificultad para tomar decisiones.	Dificultad para contactar con la red social de apoyo por el confinamiento.
Aislamiento o volcarse en ayudar a los demás, perdiendo sus propios roles.	Estrés añadido por el estado de alarma y preocupación por propio contagio.
Embarcarse en grandes proyectos o cambios.	El hogar puede ser un lugar complicado, al relacionarlo con la persona fallecida.
Estancamiento del ciclo familiar que no permita una adaptación de roles.	Dificultad de realización de actividades de disfrute habituales.

#### Intervención: Ayudar al superviviente a que sea capaz de resolver sus problemas cotidianos sin el fallecido

- Recomendar no tomar decisiones que impliquen grandes cambios en su vida durante la fase aguda del duelo.
- Reforzar la toma de decisiones cuando estén preparados.
- Identificar y reconocer aquellos lugares y roles que ocupaba su ser querido y la posibilidad de llevarlos adelante.
- Reforzar cada pequeño paso y logro, la actitud activa de esfuerzo frente a la situación.
- Enfoque de “solución de problemas”, trabajando las habilidades de afrontamiento en “el aquí y el ahora”.
- Facilitar la reconstrucción y/o implicación de las redes sociales de apoyo.
- Explorar la flexibilidad del sistema familiar para la adaptación a la nueva situación.
- Construir una narrativa familiar de pérdida, pero integrada.
- Explorar los cambios en el comportamiento. ("¿Cómo es su vida ahora?, ¿Cómo ha intentado compensar la pérdida?, ¿Quiénes son sus amigos?, ¿Con qué actividades disfruta?")

### Recomendaciones específicas en relación al Covid-19

- Recalcar la importancia de mantener unos hábitos estructurados a lo largo de la semana, aunque sea sin salir de casa. Crear una rutina de actividad que resulte significativa sin convertirse en agobiante.
- Sugerir al paciente que haga de su casa un espacio acogedor. Evitar cualquier información que considere dañina para él, rodeándose de los estímulos que identifique como beneficiosos (sonidos, imágenes, olores...).
- Informar de los recursos comunitarios y de sostén, tanto instrumental como emocional, dirigidos de forma específica a las personas afectadas por la emergencia sanitaria del Covid.

## Tarea 4: Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo

### Características

- Se trataría de concebir la opción de vivir en un mundo que ya no contiene al ser querido, pero que, aun así, es un mundo que se puede habitar, incluyendo la posibilidad de establecer nuevas relaciones, aunque sea considerado como una traición en algún punto del proceso.
- No se trata de sustituir al fallecido por otra persona, o de depositar el afecto que se tenía por la persona fallecida en alguien nuevo.
- Esta fase termina cuando el paciente asume que el mundo no será igual, pero que puede continuar en él y seguir amando a otras personas. La culminación de esta fase supone la terminación del trabajo de duelo.

### Posibles dificultades

Dificultades generales	Dificultades específicas de Covid-19
Necesidad de revisar la identidad personal. Replantearse los valores propios. Confundir “recolocar” con “sustituir” o con “olvidar”.	Dificultades en la percepción de la pérdida (dada la parálisis de la normalidad en la situación de alarma).  Expresión emocional retardada.

### Intervención: Favorecer la recolocación emocional del fallecido

- Dar al fallecido un lugar en la memoria de modo que su recuerdo no vete la posibilidad de que el paciente pueda sentir interés y afecto por otras cosas o personas.
- Ayudar a que encuentren un lugar nuevo y diferente en su vida para el ser querido (no intentar sustituirlo rápidamente). Aunque no podrán reemplazarlo, sí se puede continuar e incluso generar nuevas relaciones.
- Ayudar a la familia a entender la situación de duelo por la que se está transitando. Comprender que el duelo requiere tiempo y que el hecho de estar triste, angustiado, llorar o cualquiera sea la manera de transitar ese duelo no es algo negativo sino necesario.

### Recomendaciones específicas en relación al Covid-19:

- Aclarar que los rituales de despedida pueden realizarse de forma diferida al momento del fallecimiento. El momento oportuno lo determina el sentimiento de la persona de que realmente lo es.

- En caso de confinamiento, plantear la posibilidad de que cada familiar realice su ritual en casa y lo comparta virtualmente con sus otros seres querido.

A continuación, presentamos una tabla resumen en la que se describe como identificar en qué fase se encuentra el paciente y las técnicas asociadas a cada tarea.

	<b>Tarea I: Aceptación pérdida</b>	<b>Tarea II Trabajar el dolor</b>	<b>Tarea III Adaptarse al medio sin el fallecido</b>	<b>Tarea IV Recolocar al fallecido</b>
<b>¿Cómo se identifica?</b>	Expresión de frases como “no está muerto, solo ausente”, hablar del fallecido en <b>presente</b> , no hablar de él ni de su muerte.  <b>Esperar que vuelva.</b>	El paciente puede hablar de lo sucedido pero su relato carece de emoción. Aceptación a nivel intelectual pero no emocional, <b>lo sabe, pero no lo siente.</b>  <b>Evitación del recuerdo.</b>	<b>Ideas de inutilidad</b> , cuestionamiento de la propia eficacia. Aislamiento, no asunción nuevos roles o habilidades.  <b>Estancado.</b>	<b>Negación</b> a establecer <b>nuevas relaciones.</b>  <b>Culpa</b> en momentos de placer.
<b>¿Qué hacer?</b>	Proporcionar estrategias de <b>regulación emocional.</b>  Propiciar <b>hablar de la pérdida</b> , elaborar una narrativa.	Proporcionar una <b>base segura</b> en la que el paciente pueda <b>expresar sus emociones</b> y animarle a ello.	Explorar formas de afrontamiento disfuncionales.  <b>Ensayar nuevas habilidades.</b>  <b>Reforzar implicación en red social.</b>	Explorar dificultades para continuar con su vida, <b>fomentar nuevas relaciones.</b>  Propiciar el darse <b>permiso para dejar de sufrir</b> , aclarar que esto no implica el olvido..

### 3. Intervención Grupal en Duelo

El formato grupal merece una mención destacada en relación a la intervención en duelo. La evidencia científica avala la eficacia de las intervenciones grupales en los duelos complejos. Dada la situación de emergencia sanitaria que hemos vivido, en la que se han producido multitud de fallecimientos en condiciones difíciles, será esperable el desarrollo de un porcentaje significativo de reacciones de duelo complejo. Es probable que en los próximos meses la afluencia de derivaciones por este motivo se vea incrementada, por lo que será interesante considerar la idoneidad de desarrollar recursos grupales que permitan asumir la demanda social.

En este sentido, los grupos de duelo por Covid19 pueden resultar especialmente eficaces porque:

- Permite llegar a un mayor número de personas, que podemos prever que requerirán atención en los próximos meses.

- Requiere una infraestructura menor, por lo que se puede ofertar la intervención con los recursos que contamos habitualmente, sin que sea preciso renunciar a otros tipos de atención que se puedan estar prestando.
- Permiten abordar directamente la vivencia de soledad característica en las personas que atraviesan un duelo complejo, mediante la pertenencia a un proceso de características similares.
- Se resiente menos de los cambios de terapeuta en caso de ser necesario (lo que puede ser frecuente en el contexto actual).

Aunque es un formato que permite economizar recursos y maximizar la atención, será especialmente importante tener en cuenta que este tipo de intervenciones ha de poder adaptarse a la diversidad de respuestas emocionales que son esperables en una situación de crisis como la que estamos viviendo. Se ha de tener presente que, a pesar de contar con elementos comunes en relación al motivo de la muerte, los procesos desarrollados pueden ser muy diferentes.

A continuación, se presentan algunos aspectos a considerar en el marco del trabajo grupal en duelo, y especificidades en relación a la situación derivada de la emergencia por Covid19.

### Ventajas y dificultades del Trabajo Grupal en contexto de duelo

El trabajo en duelo implica unas dificultades añadidas al trabajo grupal al uso. P. Pérez, Hernangómez y Santiago (2000) recoge tanto las dificultades como las ventajas de este tipo de trabajo.

Dificultades	Ventajas
Sensación de incompreensión. Rechazo ante comparaciones con dolor ajeno.	Permite recapitular la propia vida: prioridades, significado, valores, soledad, impotencia
Rivalidades entre “diferentes tipos de muerte” y sus dificultades específicas.	Pone a los pacientes en realidad, disminuyendo la sensación de irrealidad y conectando con la pérdida (“estamos aquí porque alguien ha muerto”).
Estancamiento en la contemplación de la pena, competición (“a ver quién sufre más)	El grupo suple el desfase entre las necesidades de la persona y la respuesta psicosocial (primero gran atención, luego evitación, miedo, aburrimiento, compasión, rechazo).
Culpa en pacientes que empiezan a avanzar, descalificaciones de los demás.	Cuestionar el estereotipo social de que “determinadas muertes son insuperables”
Alienación compartida (“nosotros frente al mundo”).	Aporta estrategias y ejemplos más cercanos que los que pueden sugerir los terapeutas.
Confusión integración del dolor con abandono de la lucha/fallecido/traiición al grupo.	Es un factor contra el aislamiento y la soledad que siguen con frecuencia a la pérdida.
Expectativas sociales acerca de la forma de expresión del duelo.	Permite la ruptura de la presión social para que la persona mantenga su duelo.
Riesgo de socialización a través del dolor.	Espacio de tolerancia al llanto y de desahogo emocional, frente a la presión social.
Añadir el dolor de los demás al dolor propio (“venir me perjudica; me llevo el sufrimiento de los demás”).	La creación de lazos emocionales facilita que el cambio y el insight no se queden sólo en un plano intelectual.
Ajuste entre el ritmo de cada paciente y el de la terapia.	Cada miembro del grupo suele ser ciego a las creencias disfuncionales propias pero muy certero para las ajenas.
Abordaje de preguntas de difícil respuesta (sentido y evitabilidad de la muerte, concepto de destino, justicia, pérdida de la fe...).	El grupo puede “autorizar” simbólicamente ciertas actividades culpógenas (p.ej: salir un fin de semana de excursión)



Como vemos, si bien las ventajas de los abordajes grupales de este tipo de experiencias vitales son múltiples, como acabamos de reseñar, también se perfila como una tarea compleja, y por tanto nos parece especialmente importante la formación y experiencia específica en el tratamiento psicológico grupal, con el objetivo de poder estar atentos a estos fenómenos, así como al manejo de los mismos.

## Modalidades

Existen múltiples modalidades de trabajo grupal post-trauma que pueden resumirse en tres grandes prototipos: *Grupos de Desactivación (debriefing)*, pensados como espacios estructurados en estas primeras horas o semanas, de carácter más bien preventivo, los *Grupos de Apoyo Mutuo* y los *Grupos de Terapia*. La evidencia sobre el *debriefing* psicológico, individual o en grupo, no ha mostrado ningún beneficio en infancia o edad adulta, incluso se han aportado pruebas de peor resultado que el no tratamiento. Por otro lado, tanto los Grupos de Apoyo Mutuo como los de Terapia tienen máxima indicación cuando empieza a tener lugar el “cansancio de escucha”, orientados a un momento más allá de los 3 meses y hasta los dos años del hecho traumático. Esta guía se orienta a la intervención en Grupos de Terapia, pues estarían inscritos en centros de salud mental e intervenciones de tercer nivel, pensadas, organizadas y aplicadas por especialistas en Psicología Clínica.

## Diseño de las Sesiones

La estructura del grupo de duelo puede materializarse en forma de sesiones no estructuradas o estructuradas. A menudo deberán combinarse ambos tipos, con el objetivo de regular la intensidad y carga emocional de los participantes.



Será interesante secuenciar los objetivos terapéuticos, de modo que estos se puedan ir adaptando a la evolución del grupo, favoreciendo una mayor apertura emocional cuando se haya creado una mayor cohesión grupal.

### **Objetivos a plantear en fases iniciales**

- Crear una atmósfera de seguridad, validación y apoyo mutuo.
- Sesiones principalmente abiertas para que cada miembro pueda compartir libremente.
- Realizar un recorrido narrativo acerca de las circunstancias de la muerte donde se reviven los elementos traumáticos, enfatizando el elemento diferenciador del contacto y apoyo del grupo.
- Fomentar la expresión compartida de la sintomatología natural de duelo que favorezca la normalización de la misma.
- Desmitificar la idea de que la forma de mitigar el dolor es huir de él o evitarlo.
- Trabajar sobre falsas creencias en torno al duelo (“distráete, que te hará bien”, “sé fuerte, hazlo por los demás”, “no pienses en ello que te hace daño”, “eres joven ya tendrás otros hijos... u otra pareja”, “tienes que salir adelante”).
- Identificar las defensas de rechazo y/o de negación. Las intervenciones irán dirigidas a explorar su función adaptativa y ponerla de relieve.
- Explorar conductas evitativas, como adiciones, sustituciones o hiperactividad, examinando su función, así como enfado u otras emociones que pudieran funcionar como evitación del dolor y de la culpabilización que aparecen frecuentemente.

### **Objetivos a plantear en fases avanzadas**

- Sesiones más directivas (estructuradas) dirigidas a facilitar la expresión del dolor real por la pérdida del ser querido: la añoranza y la soledad.
- Explorar la relación con el fallecido y la resolución de asuntos pendientes, como el perdón.
- En estas fases se recurre a técnicas terapéuticas más sofisticadas como la escritura creativa, el diálogo con el difunto, la visualización, y el uso de objetos de recuerdo entre otras.

En resumen, y de forma general, deberemos prestar atención a los siguientes elementos (Pérez, Hernangómez y Santiago, 2000):

Validar el sentimiento de que el dolor es único.	Enfatizar que es una experiencia compartida.
Plantear el duelo como un proceso normal que por su intensidad o duración requiere atención.	Explicitar que el terapeuta sólo puede aportar lo que ha sido de ayuda a otras personas en otros grupos o contextos.
Prestar atención individualizada y dejar un tiempo suficiente a cada uno, con la condición de que puedan hablar todos.	Consultar de modo regular al grupo su opinión sobre culpas, culpables, actividades “correctas” o “incorrectas”.
Fomentar la expresión de sentimientos y no sólo el discurso racional.	Normalizar las reacciones emocionales en base a la experiencia previa.
Fomentar actividades que lleven a compartir recuerdos, objetos o fotografías que tiendan a evitar sistemáticamente.	Fomentar que el grupo pacte objetivos entre sesiones.
Apoyar todas las iniciativas espontáneas de apoyo.	Evitar dar soluciones concretas y consejos.
Discutir las formas de apoyo mutuo que ayudan o no según la perspectiva de cada uno.	Fomentar dinámicas de exploración activa (“¿qué sirvió en ocasiones similares?”, “¿por qué otros familiares parecen llevarlo mejor?”).

### Consideraciones específicas dada la situación actual (Covid 19)

En primer lugar, a nivel pragmático, será necesario tener en cuenta las restricciones impuestas para evitar el riesgo de contagio que limitan la posibilidad de reunir grandes grupos de personas. Será interesante considerar la posibilidad de aprovechar los recursos telemáticos, pudiendo plantear las sesiones grupales a través de plataformas

audiovisuales o aplicaciones online (como *Zoom, Skype, Teams...*).

Este formato presenta una serie de ventajas dada la situación actual:

- Favorece la pronta implementación de los programas grupales, minimizando las dificultades del formato no presencial (sensación de cercanía, comunicación no verbal, control del entorno...).
- Promueve la intervención segura en personas con factores de riesgo de salud asociados que deban retrasar o minimizar su exposición.
- Facilita ofrecer atención, en un entorno cómodo, a aquellos pacientes que hayan desarrollado miedo al contagio o a la exposición a entornos hospitalarios.

Respecto al contenido psicoterapéutico será relevante considerar algunos aspectos específicos a introducir en el grupo, ya que, como hemos mencionado, la situación vivida ha supuesto circunstancias excepcionales que han podido favorecer dificultades añadidas a las ya inherentes en un proceso de duelo no complicado.

En relación a la asunción de la pérdida, dada la dificultad de las circunstancias para los rituales de despedida habituales, podría resultar de ayuda proponer la elaboración de estos dentro del propio espacio terapéutico o en casa; dando la posibilidad de compartir posteriormente la experiencia dentro del grupo. Esto favorece la expresión conjunta de las emociones asociadas a la pérdida, incentivando la elaboración de las mismas por parte de los pacientes con más dificultades para poner en palabras lo sentido.

Por otro lado, pese a que el proceso de negación es considerado un mecanismo de defensa adaptativo durante el desarrollo del duelo; la dificultad en la despedida del ser querido por las medidas de aislamiento exigidas, pueden propiciar que el paciente extienda tanto en tiempo como en intensidad esta estrategia de afrontamiento, convirtiéndola en perjudicial. El grupo, ayudará a normalizar las vivencias y percepciones relacionadas con la sensación de la persona de que volverá a ver a su ser querido “cuando todo esto pase”, y favorecerá de manera progresiva y respetuosa la aceptación de la pérdida, visibilizando que están permitidos ritmos diferentes en el proceso.

Como hemos mencionado anteriormente, algunas emociones típicas, se pueden intensificar en estos duelos dadas las circunstancias en que se produjeron las muertes. Estas pueden ser objetivos especialmente útiles a tratar en formato grupal, ya que probablemente se puedan apreciar experiencias similares compartidas, y los sesgos asociados a las mismas se pueden corregir más fácilmente cuando se trabajan en perspectiva de terceros:

- El sentimiento de culpa, muy común en familiares en duelo, se ve agravado dada la excepcionalidad de la situación por Covid-19. Pueden ser compartidas por los participantes la asunción de la responsabilidad por la exposición del familiar fallecido, o el arrepentimiento por el manejo de la atención a los primeros síntomas. Resultará útil centrar el trabajo en el ahora, pudiendo distinguir la realidad actual de las circunstancias pasadas en las que tuvieron lugar los hechos, ayudando a comprender la irracionalidad de algunas cogniciones propias, al percibir las representadas en los compañeros.
- El enfado hacia el trato recibido por el profesional médico, la percepción de negligencia por parte del sistema, y la gestión de los cuidados, pueden ser buenos temas a tratar en el formato grupal. Será importante prestar especial atención al riesgo de que la validación mutua de estas emociones no alimente una rabia dañina para los participantes que puede ser difícil de gestionar por el terapeuta.

Será importante valorar la existencia de ideación autolítica en los pacientes, ya que puede pasar más desapercibida en un formato grupal. De identificarse en alguno de los participantes, debemos abordar ésta de forma cautelosa pero concreta y directa. Las ideas pasivas de muerte pueden ser un síntoma habitual en procesos de duelo. En este caso, sería

conveniente prestarles atención, equiparándolo a síntomas que pueden aparecer en una situación de dolor agudo, y tranquilizar al paciente acerca de su peligrosidad. Si, por el contrario, se identifica una intención tanática activa, será conveniente abordarla fuera del encuadre grupal, en psicoterapia individual, para concretar riesgos vitales en el afectado.

Como hemos mencionado anteriormente, las circunstancias generadas por la crisis sanitaria han acrecentado la dureza inmanente en el fallecimiento del ser querido. La naturaleza traumática de la muerte, sumada a la falta o limitación de apoyo social generado por la situación de aislamiento, y los estresores concurrentes en la población general, son factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno por estrés postraumático (TEPT). Se considera, por tanto, que la formulación de un módulo específico destinado a este cuadro clínico dentro de la psicoterapia grupal podría ser muy beneficiosa para sus participantes. Se propone abordar aspectos como las pesadillas recurrentes, la hiperactivación en determinadas circunstancias como puedan ser los entornos hospitalarios o el sonido del teléfono, asociado a las noticias recibidas durante el ingreso del familiar.

Para finalizar, sería importante recalcar de nuevo que, pese a valorar que las circunstancias en las que se han producido los fallecimientos por COVID-19 complejizan de una manera similar la elaboración posterior, debemos atender a la individualidad de cada uno de los miembros, así como el ritmo idiosincrásico de cada proceso de duelo. Conviene tener en cuenta que a lo largo de la crisis sanitaria las condiciones en que se producían los fallecimientos han ido mejorando considerablemente. En los primeros momentos se ofrecía una atención en crisis menos organizada y con mayor limitación en los recursos, en la que no era posible gestionar gran parte de las complicaciones que acarrea el riesgo contagio.

Posteriormente, se fueron desarrollando nuevas posibilidades de acercar al paciente a sus familiares y acompañarle en los momentos finales, ofreciendo un trato más humanizado y atento a las necesidades afectivas de paciente y allegados. De este modo, no sería aconsejable trabajar de un modo rígido aspectos comunes como pueden ser el enfado con el trato seguido por parte del sistema sanitario durante el aislamiento, el modo en que se comunicó la noticia, etc... ya que no todas las experiencias han sido iguales, y al no discriminar corremos el riesgo de invalidar sentimientos lícitos y necesarios para la elaboración.



## 4. Propuesta de Protocolo de Intervención

---

### 4.1. Introducción o marco teórico:

A continuación, pasamos a sugerir un protocolo de abordaje grupal del duelo complicado, pensado para poder entenderse desde la máxima flexibilidad. Por definición, en el proceso de duelo, como hemos comentado en esta guía, la propia persona va marcando el ritmo de la evolución, y en muchas ocasiones la tarea del profesional consiste en ir acompañando y guiando de forma sutil para evitar una mayor patologización de la experiencia emocional. En el caso del abordaje grupal tendremos que prestar atención no sólo a la evolución de una persona, sino de todos los componentes del grupo, lo que dificulta aún más ceñirse a una estructura marcada. Así, aunque en el protocolo aparezcan las sesiones numeradas y en un orden concreto, damos por supuesto que el propio grupo irá modificando esta secuencia, y será el facultativo el que tendrá que adaptar esta guía a las demandas propias del grupo.

### 4.2. Ficha técnica de la intervención en Hospital Universitario 12 de Octubre:

**Nombre de la intervención:** Psicoterapia Grupal para pacientes con clínica depresiva en el contexto de duelo complicado tras pérdida por COVID-19

**Profesional coordinador/conductor de la intervención:** Psicólogos Clínicos de CSM y/o de la Unidad de Psicoterapia del H.U. 12 de Octubre.

**Descripción de la intervención:** Esta aproximación psicoterapéutica pretende maximizar la eficiencia y efectividad del tratamiento de pacientes que presentan sintomatología ansioso depresiva en el contexto de duelo complicado por COVID-19, aprovechando los beneficios sinérgicos del setting grupal, basándonos en el marco teórico de intervención en trauma y el trabajo en duelo por tareas (Worden).

**Perfil del paciente:** Sujetos adultos procedentes de la Agenda Individual de las consultas de Psicología Clínica y Psiquiatría de los respectivos CSM, que presenten clínica ansioso-depresiva en el contexto de duelo complejo tras pérdidas cercanas por COVID-19 y que, tras ser evaluados, se les ha ofertado el abordaje grupal y han aceptado.

#### Criterios de exclusión:

- Presentar psicopatología o rasgos de personalidad incompatibles con el trabajo en grupo, lo cual se puede valorar en cita individual por el facultativo que llevará a cabo la terapia grupal.
- Aunque el hecho de que aparezca ideación autolítica es relativamente frecuente en duelos complicado, podría considerarse un criterio de exclusión presentar **intención** tanática activa en el momento de la evaluación previa.

Una vez un paciente ha iniciado el abordaje grupal, se puede valorar el Alta Forzosa por tres motivos:

- Incumplimiento terapéutico, al no asistir a 3 sesiones sin aviso previo ni justificación.
- Falta de implicación o boicot de la terapia.
- Incumplimiento de las normas de trabajo grupal (por ejemplo, compromiso de confidencialidad o respetar medidas de higiene y seguridad en el grupo).



## **Objetivos de la intervención grupal:**

### **Objetivo general:**

Ayudar al paciente a elaborar y afrontar el proceso de duelo

### **Objetivos específicos**

- Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida.
- Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella.
- Facilitar la resolución de los problemas prácticos suscitados por la falta de su ser querido.
- Facilitar una despedida, la posibilidad de vuelta a encontrar sentido y posibilidad de satisfacción en la vida.

**Estructura:** Grupo cerrado, cumpliéndose los criterios de inclusión y la presencia de un claro compromiso de adherencia al tratamiento y cumplimiento del encuadre.

**Encuadre:** Entre 12 y 16 sesiones grupales semanales o quincenales de 90 minutos. Un máximo de 10 pacientes y un mínimo de 5. Insistimos, no obstante, en la importancia de la flexibilidad del proceso terapéutico de cara a poder adaptarnos a las necesidades de los pacientes, pudiendo reevaluar el número de sesiones según avance el grupo. Se combinarán sesiones centradas en la expresión y la validación emocional (ofreciendo un espacio abierto de compartir y de descarga donde cada persona tiene su tiempo para poder expresar pensamientos y sentimientos, y ser escuchado y validado por el grupo) y sesiones con contenidos más estructurados (con función terapéutica y psicoeducativa).

**Derivación al grupo:** Los pacientes son remitidos al grupo por Psicología Clínica o Psiquiatría de cada CSM, por considerar que se trata de casos que no responden suficientemente a una terapia de apoyo o insight, o en los que el duelo se ha cronificado y forma parte de la estructura de funcionamiento diario del paciente. Si bien de forma prioritaria la derivación se llevará a cabo desde estos dispositivos, se podrán también cursar derivaciones de forma puntual desde otros dispositivos que tengan contacto con pacientes de COVID o familiares, como Interconsulta y Enlace.

La selección de los miembros del grupo corresponderá al profesional que realizará la intervención grupal. Una vez derivados los pacientes por su profesional de referencia, se valorará la indicación de la intervención grupal para cada paciente concreto. En este sentido, y dada la situación actual, lo óptimo sería poder organizar grupos con cierta homogeneidad, con personas que han tenido pérdidas similares o en circunstancias parecidas.

**Coordinación y compromisos con el profesional derivante al grupo:** Se pide un trabajo previo del profesional de referencia con el paciente, en línea de facilitar una información clara, estimulante y motivadora hacia la intervención grupal, recordando que éste es el tratamiento de elección para las dificultades que presenta el paciente en el momento en que se le ofrece el recurso grupal. Existirá comunicación regular con el profesional derivante informando de la evolución del paciente.

**Compromiso docente:** El grupo estará abierto a observación por parte de los residentes de Psicología Clínica y Psiquiatría que estén haciendo su rotatorio en la Unidad de Psicoterapia del H.U. 12 de Octubre o en los CSM. Se responsabilizarán de tareas de registro de la dinámica y contenido de las sesiones para la realización posterior a las mismas del análisis postgrupo de cada sesión. En la medida en que se pueda contar con un residente a lo largo de todas las sesiones semanales, a lo largo de todos los meses que dura intervención grupal, se favorecerá la capacitación del mismo para participar como coterapeuta en grupos futuros.

### 4.3. Evaluación pre y postgrupo:

Se utilizará como instrumento evaluador general la entrevista clínica para valorar el nivel de sufrimiento emocional y sintomatología asociada al mismo (depresión y/o ansiedad) y de las áreas vitales que los pacientes consideran están afectadas tras la pérdida de su ser querido. Como evaluación objetiva pre y post tratamiento, se autoaplicarán los siguientes cuestionarios:

❖ *Valoración de la capacidad funcional:*

➤ **World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHO-DAS 2.0)**

- *Objetivo.* Evaluación genérica y práctica de la salud y la discapacidad en la población y en la práctica clínica. Desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, brinda una medida objetiva del impacto de cualquier condición de salud en términos del funcionamiento.
- *Descripción.* Formada por 12 ítems que captan el nivel de funcionamiento en seis dominios de la vida: cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones, actividades cotidianas y participación en actividades comunitarias y en la sociedad.

❖ *Valoración del estado psicopatológico:*

➤ **Inventario de Duelo Complicado (IDC)**

- *Objetivo.* Evaluación del duelo complicado. Permite realizar el diagnóstico diferencial con el duelo normal.
- *Descripción.* Consta de 19 ítems de tipo Likert que valoran la frecuencia del síntoma explorado (emocional, cognitivo o conductual).

➤ **Inventario de Depresión de Beck (BDI)**

- *Objetivo.* Detección y evaluación clínica de la intensidad de la depresión.
- *Descripción.* Consiste en 21 ítems de tipo Likert que describen los síntomas clínicos más frecuentes de la depresión.

➤ **Inventario de Ansiedad de Beck II (BAI-II)**

- *Objetivo.* Evaluación clínica del estado de ansiedad. Permite discriminar la ansiedad de la depresión.
- *Descripción.* Consta de 21 ítems de tipo Likert que describen los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad.

➤ **Escala Diagnóstica Postraumática para el DSM-5 (PDS-5)**

- *Objetivo.* Evaluación e identificación de síntomas específicos del TEPT.
- *Descripción.* Contiene 24 ítems que evalúan eventos traumáticos y los síntomas del TEPT durante el último mes de acuerdo con el DSM-5. Si la persona marca más de uno, debe indicar el más perturbador y el reto de criterios hacen referencia a este suceso. Estos criterios son: intrusión, evitación, cambios en el estado del ánimo y cognición, y activación y reactividad.

### 4.4. Resumen del contenido de las sesiones:

Tomando como guía el modelo de Pérez, Hernánomez y Santiago (2000), hemos establecido un total de 16 sesiones de terapia, que transcurrirían de manera semanal, cuyos contenidos, dinámicas e intervenciones presentamos a continuación, salvando todas las distancias con lo que puede derivarse de un proceso interpersonal, terapéutico, que por definición se escapa de lo estructurado, rígido y cerrado, pero a modo de orientación y guía:

Nº	Contenidos	Dinámicas sugeridas y propuestas de elicitación del contenido	Intervenciones y aspectos importantes
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación del grupo por parte de los coordinadores (enquadre, normas, respeto, espacio privado y seguro, confidencialidad).</li> <li>- Discutir las expectativas sobre el espacio.</li> <li>- Presentación de los integrantes del grupo.</li> <li>- Lógica del proceso.</li> <li>- Abordar las preguntas comunes en esta situación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir y presentar el grupo.</li> <li>- Trabajar en gran grupo o pequeños grupos.</li> <li>- Exposición de aquello que cada miembro quiera compartir.</li> <li>- Preguntas comunes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o ¿Por qué estamos aquí?</li> <li>o ¿Es el duelo una enfermedad?</li> <li>o Sentimientos por los que se pasa cada uno en su duelo.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Advertir sobre lo “movilizador” de un espacio así y normalizar esas reacciones y emociones.</li> <li>- Exponer cómo iniciar esta terapia es una decisión hacia la mejoría por enfrentar el miedo y el dolor.</li> <li>- El duelo no es una enfermedad.</li> <li>- Procesar y elaborar el duelo requiere un trabajo activo que comienza por “estar aquí”.</li> <li>- Disminuir el dolor no implica “olvidar”.</li> <li>- Es normal estar en shock o aturridos tras la muerte de un ser queridos o sentirse en una amalgama de emociones.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordar sus maneras particulares de afrontar momentos difíciles y/o de superar el dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo en parejas sobre las maneras “del otro” de afrontar sus dificultades hasta el momento actual.               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Compartir luego con el grupo.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En ocasiones algunos sujetos están tan imbuidos de su duelo que no recuerdan lo que les ha contado el compañero.</li> <li>- Es habitual caer en una visión sesgada de</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia de establecer relaciones de apoyo y ayuda, también dentro del grupo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Comprobar cómo cada uno tiene “su manera” de afrontarlo, como vía para validarse a sí mismo “su propia manera” de elaborar el duelo (Ej: tener o no fotos, guardar o no la ropa, etc...)</li> <li>- Proponer la tarea de compartir, pero también de escuchar cómo han vivido la pérdida otros miembros de su familia.</li> </ul>	<p>aquellos aspectos negativos o pendientes (lo cual facilita vivir emociones negativas) y tener dificultades para rescatar aspectos positivos (lo cual ayuda a sentirse mejor)</p>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordaje de momentos donde se hace notar la falta del ser querido y de “los primeros momentos sin”, o “las primeras veces sin”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar en pequeños grupos y exponer después en base a pregunta cómo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o ¿Qué esperan nuestros familiares de nosotros?</li> <li>o ¿Hay que cumplir sus expectativas?</li> <li>o ¿Qué nos hizo sentir bien o mal en otras ocasiones?</li> </ul> </li> <li>- Trabajar en pareja y exponer después la idea:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o “Anticipar qué situaciones o momentos se preveen más difíciles para cada uno”</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es esperable que surja la idea de que “los demás se hartan de nosotros o de nuestras quejas”               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Se discuten abordajes y estrategias personales.</li> </ul> </li> <li>- Se abordan esos momentos anticipados como más difíciles o más temidos y estrategias para “transitarlos mejor”.</li> </ul>

4/5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar las emociones que emanan y se viven tras su pérdida (pena, impotencia, culpa y rabia).</li> <li>- Abordar la duda sobre si buscar un sentido o un por qué</li> <li>- Tras 4 sesiones se recogen aspectos positivos y negativos del grupo que permite "abrir" el calendario y mapa de las sesiones</li> <li>- Establecer algún compromiso respecto a su proceso de duelo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar con todo el grupo (elicita más fácilmente al ver lo "común" de sus emociones)</li> <li>- El coordinador apunta en una pizarra.</li> <li>- Tratar de aterrizar los conceptos y una definición grupal de cada emoción</li> <li>- Abordar las semejanzas y diferencias de los aspectos de estas emociones <ul style="list-style-type: none"> <li>o ¿Ocurre lo mismo a cada miembro?</li> <li>o ¿Nos ocurren solo algunas cosas?</li> <li>o ¿Qué emoción predomina en cada uno?</li> </ul> </li> <li>- Dar un lugar al fallecido: <ul style="list-style-type: none"> <li>o ¿Qué diría el familiar muerto si nos escuchase sobre lo que estamos viviendo?</li> </ul> </li> <li>- Abordar la idea de la justicia o la injusticia y de "los porqués" que suelen surgir cuando se trata de procesar emociones negativas difíciles de elaborar. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Recoger la angustia de vivir con esa pregunta.</li> <li>o Devolver que los porqués no se agotan y que implica una serie de suposiciones, imaginaciones y realidad que no existe.</li> <li>o Aterrizar en que no hay una respuesta a todas las preguntas y quizás no haya alivio a esta emoción.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Culpar a otros o a cualquiera (uno mismo) no devuelve a aquél perdido ni facilita el duelo, sino que lo complica porque introduce más intensidad emocional.</li> <li>- Golpear físicamente, con palabras o con emociones no alivia, dificulta.</li> <li>- "Traer" la voz del fallecido y observar cómo pensaría, qué nos diría, puede ayudar a ser más justos.</li> <li>- Pueden elicitar situaciones en las que surja la idea de la muerte, de querer morir, incluso de planes o ideación autolítica, que deben ser contenidas firmemente por los terapeutas.</li> <li>- Pueden surgir preguntas y quejas sobre la justicia o sobre los "porqués".</li> <li>- Pueden surgir emociones negativas también contra el propio grupo. Contener y proteger a los miembros del grupo.</li> </ul>
-----	---	--	--

6/7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar los sueños relacionados con el fallecido.</li> <li>- Abordar el impacto del duelo que transitan en las relaciones interpersonales.</li> <li>- Trabajar otros actos simbólicos relacionados con el fallecido como las fotos, la ropa, conservar artículos, etc...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todo el grupo comparte los aspectos de sus sueños o ensoñaciones y el terapeuta anota.</li> <li>- Se recogen sus características desde los sueños agradables (¿qué aspectos?), como los desagradables, los repetitivos, etc...</li> <li>- Se recoge y trabaja ¿Qué nos dicen de nosotros mismos y de nuestra relación con el fallecido?</li> <li>- Abordar la posibilidad de mostrarse alegre, social, tener buenos momentos, o momentos de disfrute.</li> <li>- Se recoge como a veces "hacer algo por los demás", como puede ser salir, también puede beneficiarlos a ellos mismos, haciéndoles sentir mejor (por un momento al menos), con la sensación de no estar solos, de poder pasar página, etc...</li> <li>- Se recoge cómo esos recuerdos y esas cosas que guardamos les influyen.</li> <li>- Se habla de diferentes tipos de "homenaje" más agradables para uno mismo y otras maneras de recordar (individuales)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los sueños pueden elicitar diversos temas, como de nuevo la muerte, el suicidio, el sacrificio, la injusticia, etc...</li> <li>- Pueden ir dándose algunas mejoras que deben ser permitidas y reforzadas, integradas dentro de un proceso de mejora, de un proceso, deseo y esfuerzo por mejorar.</li> <li>- Puede surgir la idea de "traición" por "no estar tan mal como debería".</li> <li>- Surgen procesos de integración entre momentos malos y buenos, como antes de la muerte del fallecido.</li> <li>- Pueden surgir emociones como la culpa o la vergüenza de la mano de las mejoras, por "lealtad" a sus compañeros dolientes.</li> </ul>
-----	---	--	---



8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación del proceso y la evaluación de experiencia grupal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si bien sería importante ir monitorizando sesión a sesión la experiencia de los participantes, se puede dedicar una sesión completa a parar y evaluar cómo está siendo.</li> <li>- Se pide a los participantes hablar sobre qué supone acudir al grupo, cómo está siendo la vivencia, y qué aspectos les están ayudando según su percepción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importante validar la información aportada, y poder modificar el proceso a raíz de la experiencia verbalizada de los pacientes.</li> <li>- Importante el feedback en toda intervención psicológica, en este tratamiento lo consideramos especialmente útil, al estar abordando una vivencia tan heterogénea como un duelo complicado</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se aborda la ambivalencia de las emociones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se trabaja en grupo completo.</li> <li>- Se aborda el recuerdo que se conserva del fallecido y se analizan los sesgos (positivos o negativos) en este recuerdo.</li> <li>- Se trata de construir una imagen del fallecido más integrada y completa, como "una persona normal, con defectos y virtudes".</li> <li>- Se aborda cómo asumir o retomar áreas que ocupaba el fallecido y que son o eran importantes para el funcionamiento de la persona.</li> <li>- Se trabaja cómo retomar esas funciones o roles que cumplía el fallecido.</li> <li>- Se pueden introducir pequeñas relajaciones al final de la sesión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuando se aborda la ambivalencia, del mismo modo que cuando se abordaron las diferentes emociones y por tanto la integración, surgen conflictos, no solo a nivel simbólico, también surgen conflictos internos que pueden ser volcados al exterior, por identificarlos en "el otro" y ser algo repudiado por uno mismo.</li> <li>- Pueden surgir reproches o rechazos por los "permisos" para hablar de aspectos negativos del fallecido, por permitirse disfrutar por momentos, o al contrario, por no avanzar, por estar más atascado en el recuerdo polarizado, positivo o negativo.</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordar estrategias que sirven para estar mejor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puede trabajarse en pequeños grupos, quizás en tríos, sobre aquellos aspectos que les han definido, que les han sostenido, o que les han ayudado a sobrellevar situaciones difíciles y también, ya en positivo, para generarse y mantener emociones positivas.</li> <li>- Se comparten las puestas en común de los grupos, con el resto de grupos y se abordan las diferencias y similitudes, las áreas no pensadas previamente de las que otros se benefician y se abordan posibles dificultades a la hora de "imaginarse haciendo eso así".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se pueden dar situaciones de incompreensión, en la línea de lo expuesto en la casilla superior.</li> <li>- Se pueden dar dificultades en la imaginación o en la puesta en marcha "más concreta" que pueden ser abordadas tejiendo una serie de pasos más explícitos, quizás con la ayuda del grupo.</li> <li>- Se recoge cada idea, cada avance, cada pequeño paso que pueda ayudar en un proceso mayor y más largo de mejora: "Cada centímetro cuenta, cada momento cuenta".</li> </ul>
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordar por qué otros familiares u otros afectados como nosotros hacen cosas y sienten de maneras similares y diferentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Cómo lo afrontan</li> <li>o Cómo reaccionaron</li> <li>o Cómo lo viven ahora</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puede ser útil identificar a una persona que se considera que ha afrontado la situación mejor que uno mismo y quizás también una que lo haya afrontado o lo esté viviendo de manera más difícil.</li> <li>- Discutir en el grupo y recoger ciertas estrategias y la influencia que éstas tienen en cómo uno se siente.</li> <li>- Abordar el papel de "la acción", de los roles que se ejecutan (educar u ocuparse de otros hijos), etc. como maneras de "cuidarse".</li> <li>- Como tarea para casa, se puede "pedir a un familiar que nos de su análisis de por qué estamos bien o estamos mal y su visión".</li> <li>- Se pide que se traiga un objeto del fallecido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recoger la idea de la complementariedad entre acción, pensamiento y emoción como "3 patas de un banco" como manera de afrontar y de "funcionar", como manera de tener una "hoja de ruta", "hoja de instrucciones" básica, que nos da una ley o articula de manera que podemos tener cierta sensación de predictibilidad dentro de una situación donde uno ha perdido la sensación de agencia.</li> <li>- Se da el espacio para poder verse ante el espejo, ver a otros y plasmar esas diferencias.</li> <li>- Pueden darse dificultades como centrarse mucho en uno mismo, el sesgo sobre lo negativo, etc.</li> </ul>

12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordaje de ciertas estrategias para abandonar la “necesidad de control”</li> <li>- Se abordan los pensamientos disfuncionales y/u obsesivos sobre la generalización de la pérdida, recuerdos dolorosos, etc.</li> <li>- Trabajar con el objeto que han traído de su familiar.</li> <li>- Nuevo compromiso de cambio, paso a la fase de acción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordaje de pensamientos distorsionados o disfuncionales (pensamiento catastrófico, generalización, sesgos cognitivos, etc.) desde un enfoque aplicado y algo más psicoeducativo.</li> <li>- Integrar estas dos tareas del objeto y el compromiso. Se trata de regalar el objeto a otro miembro del grupo (soltar) y puede pedir un deseo y hacer un compromiso sobre si mismo (inversión de esa energía psíquica del objeto en un área propia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se trabaja, como en otras sesiones, sobre la idea de que no hay un abordaje pasivo ni fácil del proceso de duelo y de la necesidad de un compromiso firme y estable de cada uno para consigo mismos.</li> <li>- En esa línea, se aborda el papel de cada uno en el manejo de sus propios sentimientos y pensamientos.</li> <li>- Pueden surgir dificultades a la hora de afrontar el desprenderse de su objeto de manera simbólica.</li> <li>- Se trabajará con flexibilidad, firmeza y comprensión.</li> </ul>
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordar cómo uno sigue adelante sin el fallecido, cómo se organiza y cómo re-organiza otras áreas de su vida, logísticas, interpersonales, económicas, etc...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se puede trabajar en parejas o en tríos: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Aquellas cosas que uno hacía antes de la muerte del fallecido y que ya no sigue haciendo.</li> <li>o Aquellas cosas que uno hacía y ha conservado, que sigue haciendo.</li> </ul> </li> <li>- Exponerlo ante el grupo.</li> <li>- Hacer énfasis en “recuperar” algunas cosas que se han perdido, algunas dinámicas.</li> <li>- Tratar de “hacerse con” algo de lo que el otro, perdido, hacía, para recuperar sensación de capacidad, de ocupar ese espacio, de “llenar un vacío”, no “todo el vacío”.</li> <li>- Abordar las ventajas y las dificultades de ceder objetos y de “deshacerse de” ellos.</li> <li>- Se puede plantear de manera explícita una cantidad de objetos, una lista de objetos que conservar y otra que no, plasmarlo en un papel como tarea y abordar las dificultades de lo que no figura en la lista.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pueden seguir surgiendo dificultades a la hora de dar pasos para pasar de nivel y recuperar, “apoderarse de” aspectos que “pertenecían” al fallecido. Puede vivirse como una traición.</li> <li>- Puede ocurrir que siga costando deshacerse simbólicamente de algún objeto. Se puede pedir ayuda a otros sobre cómo hacerlo.</li> <li>- Pueden surgir conflictos de lealtades.</li> <li>- Se puede abordar de manera más concreta el “deshacerse de” objetos, el cederlos, el “dejarlos ir”.</li> </ul>
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se abordan las diferentes fases y obstáculos que tienen lugar dentro de un proceso de cambio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puede abordarse en grupo aquellas dificultades más evidentes para mejorar, aquellos ámbitos que parecen más detenidos o con mayores dificultades.</li> <li>- Se enfoca qué se hace (conducta) o qué se piensa (pensamiento) para estar más bloqueado en esa área.</li> <li>- Puede dejarse caer, directa o indirectamente, que este grupo también tiene un fin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pueden surgir más resistencias al cambio.</li> <li>- Cuando se acerca el final, pueden tener lugar conductas más regresivas, pero también conductas más propositivas y activas. Recoger la diferencia de actitud y de emoción concomitante.</li> <li>- El final del grupo sitúa en primer plano de nuevo “el final”. Trabajar el final del grupo puede ayudar indirectamente a lidiar con el duelo.</li> </ul>



15	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exploración sobre cómo viven el dolor en este momento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo directo con el dolor con ejercicios de visualización (cerrar los ojos e imaginar a la persona fallecida)</li> <li>- Técnicas de despedida como escribir una carta al fallecido. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Esta puede compartirse en esta última sesión si se desea.</li> <li>o La carta puede contener "cosas que nunca te dije, cosas que permanecen del fallecido en el doliente, cosas que recuerda, cosas que quedaron pendientes, cosas que se echarán de menos, cómo se encuentra en el momento actual.</li> <li>o Finalizar la carta con "cómo quiero estar" y con una despedida.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esta sesión es muy "íntima", pues se comparten en ella aspectos muy íntimos de la relación que se mantenía con el fallecido.</li> <li>- Se compartirán emociones muy intensas que pueden llegar a desbordar. Contener estas emociones e integrarlas con las de otro tono afectivo como una unidad.</li> <li>- Puede haber dificultad en cerrar la carta, en visualizar cómo se quiere estar y en despedirse.</li> </ul>
16	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar la evaluación postgrupo.</li> <li>- Devolver al grupo la propia experiencia como terapeuta y un "cierre".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se puede recoger una evaluación personal e individual de cada miembro del grupo, tanto del propio grupo, como de su propio proceso de elaboración del duelo, sus fortalezas, sus dificultades, lo que le ha servido, lo que le ha hecho sentir peor, aspectos que quedan pendiente por mejorar, etc...</li> <li>- Se puede entregar un material "recordatorio" del contenido del grupo, tanto de intervenciones por parte del terapeuta, como, sobre todo, de intervenciones por parte de los participantes.</li> <li>- Se hace un desayuno, merienda donde se comparte una experiencia de un tono afectivo diferente para "despedir" al grupo.</li> <li>- Se devuelve que se cierra una etapa de un proceso, que quizás se abran otras, que quizás impliquen otras herramientas, momentos, velocidades, etapas, etc. con la idea transmitida de fondo de estar en un "proceso".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El final del grupo puede elicitar identificaciones con otros finales.</li> <li>- Se trata de la oportunidad de cerrar de otra manera, con un modelado que incluya otras emociones, que albergue cierta ambivalencia, que recoja aspectos positivos y negativos y que permita trasladar la idea de proceso, de "movimiento".</li> </ul>

## 5. Conclusiones

El proceso de duelo complejo requiere una intervención específica por parte de un profesional con formación y experiencia en el abordaje del mismo. El fallecimiento por COVID19 nos supone un reto como colectivo profesional dedicado a la salud mental, por lo novedoso de la situación y las dificultades añadidas que suponen las circunstancias de estos fallecimientos. No tenemos experiencias similares en las que basar nuestras afirmaciones, por lo que hemos decidido basarnos en un modelo de duelo traumático, aunque asumimos que tendremos que esperar a tener experiencia con los dolientes para adaptar nuestra intervención en función de la demanda y de la psicopatología que se pueda presentar.

## 5. Bibliografía

---

- Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 2, 1-17. Recuperado de [http://www.psicociencias.com/pdf\\_noticias/Duelo\\_en\\_situaciones\\_especiales.pdf](http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Duelo_en_situaciones_especiales.pdf).
- Barreto, P. & Soler, M.C. (2008). *Muerte y duelo. Guías de intervención*. Madrid: Síntesis.
- Bayes, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Bucay, J. (2006). *El camino de las lágrimas*. Barcelona: Editorial DeBolsillo.
- Cabrera, C.E., García, N., Montejo, M., Plaza, G., Prieto, P., Rey, P., Robles, M., Vega, N.E. & Alarcón, E. (2020). *Guía para las personas que sufren una pérdida en tiempos de coronavirus (COVID-19)*. IPIR. Duelo y pérdidas. Recuperado de <http://www.ipirduelo.com/wp-content/uploads/GUI%CC%81A-DUELO->

- Cunill, M. & Clavero, P.J. (2008). *“La celebración de una vida”*. Girona: Alfinlibros.
- De la Herrán, A. & Cortina, M. (2006). *La muerte y su didáctica*. España: Universitaria.
- De Vicente, A. (2008). *Enséñame a decir adiós*. España: Gesfomedia.
- Díaz, P., Losantos, S., & Pastor, P. (2014). *Guía de duelo adulto para profesionales socio-sanitarios*. Fundación Mario Losantos del Campo. Recuperado de <https://www.fundacionmlc.org/wp-content/uploads/2020/03/Guia-Duelo-Adulto-FMLC.pdf>.
- Díaz, P. (2016). *Hablemos de duelo. Manual práctico para abordar la muerte con niños y adolescentes*. Madrid: Fundación Mario Losantos del Campo. Recuperado de [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5709\\_d\\_guia-duelo-infantil.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5709_d_guia-duelo-infantil.pdf).
- Fernández, J.M. (2010). *Apoyo Psicológico en situaciones de emergencia*. España: Pirámide.
- García, I. L. (2018). *Duelo en situaciones especiales. Abordaje terapéutico para familiares de duelo por muerte traumática, suicidio y personas desaparecidas*. Recuperado de [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE004724.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE004724.pdf).
- Hospital Universitario de La Paz (Unidad de Cuidados Paliativos y Salud Mental). (2020). *Protocolo de atención a pacientes en situación de gravedad o últimos días y exitus en la crisis del COVID-19*.
- Neimeyer R.A. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós Ibérica.



- Nevado, M. & González, J. (2017). *Acompañar en el duelo. De la ausencia de significado al significado de la ausencia*. España: Desclée de Brouwer.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*. España: Paidós.
- Payás, A. (2014). *El mensaje de las lágrimas. Una guía para superar la pérdida de un ser querido*. España: Paidós.
- Pérez, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. España: Desclée de Brouwer.
- PsyFit. (2015). *4 tasks of Mourning*. Recuperado de <http://psychologymatters.asia>.
- Rodríguez, O. (2015). *El proceso del duelo según William Worden. La figura activa del sujeto*. Recuperado de <http://masquemayores.com/magazine>.
- Worden, J. (2013). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia* (4ª edición). España: Paidós.
- Zazo, S. (2019). *Tareas para afrontar el duelo*. Madrid (España). Recuperado de <http://psicoterapeutas.com>

## **Guía de recursos disponibles para pacientes periodo COVID-19**

Irene Rodrigo Holgado <sup>19</sup>, Cristina Rivas Santiago <sup>20</sup>  
y Juan de Dios Molina Martín <sup>21</sup>

CSM Villaverde. AGCPSM H.U. 12 de Octubre

## **GUÍA DE RECURSOS DISPONIBLES PARA PACIENTES PERIODO COVID-19**



<sup>19</sup> Residente de Psicología Clínica de 4º año.

<sup>20</sup> Psicóloga clínica.

<sup>21</sup> Médico psiquiatra jefe CSM Villaverde.

## GUÍA DE RECURSOS DISPONIBLES PARA PACIENTES PERIODO COVID-19

Irene Rodrigo Holgado<sup>1</sup>, Cristina Rivas Santiago<sup>2</sup>, Juan de Dios Molina<sup>3</sup>  
Residente de Psicología<sup>1</sup>, Psicóloga Clínica<sup>2</sup>, Psiquiatra y Jefe de Sección<sup>3</sup>  
CSM de Villaverde. AGCPySM. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Esta guía pretende poner a disposición del usuario una serie de recursos que pueden ser de utilidad en el periodo de aislamiento y cuarentena que estamos viviendo debido a la crisis por COVID19.

El contenido incluido es el siguiente:

### ÍNDICE

<b>MANEJO DEL INSOMNIO .....</b>	<b>3</b>
<b>MANEJO EMOCIONAL DE LA COMIDA .....</b>	<b>6</b>
<b>RECURSOS <i>ONLINE</i> DISPONIBLES EN LA CUARENTENA .....</b>	<b>9</b>
<b>RELAJACIÓN, MINDFULNESS Y MEDITACIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>RECURSOS ENTRETENIMIENTO.....</b>	<b>10</b>
<b>MANEJO MALESTAR PSICOLÓGICO .....</b>	<b>11</b>
<b>INFORMACIÓN CONTRASTADA .....</b>	<b>11</b>
<b>PARA LOS MÁS PEQUEÑOS .....</b>	<b>12</b>
<b>REFERENCIAS Y DIRECTORIOS.....</b>	<b>13</b>



## MANEJO DEL INSOMNIO

Es fácil que los biorritmos se vean afectados por el estado de cuarentena, es normal que nos desorientemos sin las rutinas que estructuraban nuestro día a día y se pueden producir desajustes en los ritmos de sueño y alimentación.

A continuación, se pretenden facilitar algunas orientaciones que ayudarán a estabilizar de nuevo nuestros ciclos. Recuerda que si estas dificultades se cronifican pueden constituir un serio problema de salud, si precisases ayuda adicional puedes consultar con tu profesional de referencia.

### NOCIONES BÁSICAS SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL SUEÑO:

Existen tres pilares fundamentales que regulan nuestro sueño:

- La **tendencia al sueño** que viene a ser como nuestra “pila” que se va agotando con nuestra actividad a lo largo del día y se recarga cuando dormimos.
  - Será importante que lleguemos a la cama con la pila suficientemente utilizada como para que el cuerpo nos pida dormir. Esto implica haberla utilizado a lo largo del día, y no haberla recargado en exceso con siestas o cafeína.
- El **Ritmo Circadiano**, nuestro reloj interno, es cíclico y aprende a tener un ritmo propio que se puede desregular en un momento dado.
  - En momentos de cambios importantes en nuestra rutina, o nuestros horarios, así como cuando viajamos o cambiamos de ambiente, podemos desincronizar nuestro cuerpo, por lo que será importante que le ayudemos a volver a recuperar un ritmo saludable para nosotros.
- El **Arousal o activación** que tengamos, que tiene que ver principalmente con emociones intensas como la ansiedad, el miedo, la alegría etc. Como es lógico, cuanto más activados estemos en el momento de irnos a la cama, más difícil nos resultará conciliar el sueño.
  - Debemos encontrar la manera de regular estas emociones para que no se disparen en el momento de irnos a dormir.



Hospital Universitario  
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental  
CSM Villaverde

A continuación, se facilitarán una serie de hábitos generales que tratan de intervenir sobre estos tres pilares facilitando la conciliación del sueño.

Recuerda que, aunque todos son recomendables, deberás de poner especial interés en llevar a cabo aquellos que hayas comentado con tu profesional de referencia que son más importantes en tu caso concreto.

#### HABITOS DE HIGIENE DEL SUEÑO

- Establece una rutina de horarios fijos para acostarte y levantarte. Manténla independientemente de lo que consigas dormir cada noche, aunque al principio se te hará difícil, ayudará a tu cuerpo a regularse.
- Elimina la cafeína y otros excitantes. Preferiblemente a lo largo de todo el día, pero especialmente a partir de las 16 h.
- Evita echarte la siesta durante el día. Aunque estés cansado, reserva el sueño para la noche.
- Haz algo de ejercicio. Trata de evitar que sea justo antes de dormir puesto que esto incrementaría tu activación.
- Trata de evitar el alcohol. Puede afectar el sueño en individuos más sensibles produciendo una peor calidad en el descanso.
- Ten cuidado también con la nicotina. Tratar de evitar fumar antes de dormir, porque en torno a las dos horas aparece un pico de craving que puede facilitar que te despiertes.
- A la hora de comer antes de dormir: Evita comidas pesadas cuya indigestión pueda dificultar el sueño/ así como demasiado ligeras que puedan producirte hambre.
- Trata de utilizar la cama solo para dormir. Intenta no realizar otras actividades sobre ella hará que tu cuerpo pueda asociar ese lugar al sueño.
- Cuida tu ambiente de sueño, haz que sea un lugar agradable, con temperatura, luz y sonido adecuados.
- Diseña una rutina relajante para desactivarte antes de ir a la cama (ritual preparación: baño, lectura, paseo...)
- Evita usar pantallas que emitan luz (móvil, ordenador etc) antes de irte a dormir. Este tipo de luz engaña a nuestro sistema haciéndole creer que es de día y dificulta el sueño.
- Evita momentos de estrés en la cama. Preocuparse en la cama por no dormir hace que incremente la activación y esta se condicione al momento del sueño. Si te estas angustiando en la cama por no dormir, trata de levantarte y hacer alguna actividad tranquila fuera de ella. (Leer un libro o revista, revisar la lista de la compra, actividades de relajación...)
- Si te despiertas por la noche, evita comprobar continuamente la hora mientras no te duermes. Solo hará que incremente tu preocupación.



Hospital Universitario  
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental  
CSM Villaverde

#### ESTRATEGIAS PARA TRANQUILIZAR TU MENTE EN LA CAMA:

- Establecer **“Hora de preocuparse”**. Si una de las cosas que dificultan tu sueño es darle vueltas a aspectos que te preocupan, establece una hora al día, preferiblemente antes de media tarde, para pensar sobre ello. Es importante que durante esa hora no te dediques a otras cosas, sino que pienses en aquello que suele venirse a la cabeza por las noches. Si por lo noche reaparece alguno de estos pensamientos, recuérdate que has de reservarlos para la hora establecida al día siguiente.
  
- **Cambiar perspectiva.** Puedes ayudarte de algunas de las siguientes afirmaciones:
  - Recuerda que sobrevivirías, aunque no durmieses en toda la noche
  - Piensa que, aunque no estés durmiendo plácidamente y de seguido, tu cuerpo está descansando.
  - Dormimos más de lo que nos creemos cuando tenemos insomnio.
  - El cuerpo se regula solo y si pasas tiempo sin dormir, se recuperará cuando lo necesite con una buena noche de descanso.
  - Ya has pasado por esto antes y sabes que termina.
  - Puedes tolerarlo.
  - Aunque no consigas dormir trata de disfrutar el tiempo que permaneces en la cama, relajado, sin la presión de tener que hacer nada más.
  - No tienes por qué estar bien siempre, eres humano.
  - Esto es solo un reto más que puedes enfrentar.
  - Una noche de mal sueño no es el fin del mundo.
  - No vas a pasar la vida insomne, son ciclos y volverás a recuperar la normalidad.

#### ▪ **Técnicas de Relajación**

- Además de las trabajadas en consulta puedes utilizar los siguientes recursos disponibles online para tratar de desactivarte antes de ir a la cama.

##### **Audios relajación**

- a. [MINDFULNESS \(respiración 3'; respiración 5'; tacto tranquilizador; ancla; autoprotección\)](#)
- b. [Vicente Simón](#)
- c. [RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA](#)

##### **BIBLIOTERAPIA**

- d. [Libro de Jon Kabat Zinn.](#)
- e. [Plena mente, Andrés Martín Asuero](#)

##### **Aplicaciones DISPONIBLES:**

- f. APP [REM de Mindfulness:](#)
- g. APP [“Mindfulnes”](#)
- h. APP [“PETIT BAMBOU”](#)

Centro de Salud Mental de Villaverde, C/ Totanes, 1 – 3ª planta. 28041 Madrid  
(Teléfonos.: 91 795 55 46 / 52 49 ; Fax: 91 797 89 53)

## MANEJO EMOCIONAL DE LA COMIDA

*“Casi todas las alteraciones de nuestro mundo emocional tienen un reflejo en el modo en que nos alimentamos. Podemos intentar compensar, con excesos o defectos de la comida, un vacío insoportable más ligado a necesidades psíquicas que biológicas”.*

Cuando tenemos problemas con la comida, sería conveniente reflexionar qué estado de ánimo nos provocan el hambre o la inapetencia, qué deseos, ambiciones, decepciones o fantasías se ocultan tras esos actos que nos llevan a deglutir o a rechazar el alimento. Algunos conflictos internos nos pueden conducir a ocupar demasiado tiempo y energía en centrar nuestra atención en lo que comemos, mientras el peso del conflicto se desarrolla en el mundo de nuestros afectos.

Puedes empezar por llevar un control de esos ataques de ansiedad por comer, haciendo una especie de **libro diario que te servirá para identificar** los momentos en que se produce y con qué tienen que ver.

Aspectos importantes a considerar:

### APRENDER A DISTINGUIR HAMBRE DE ANSIEDAD

Saber si estamos bajo alguna condición específica que nos produzca la sensación de hambre: Aunque parezca mentira el **ABURRIMIENTO** es la principal causa de los atracones, pero otras emociones que facilitan el impulso de comer son el estrés, pena, miedo, ansiedad...

\*Sería útil reflexionar que emociones son las que nos producen/quitan el hambre para estar atentos y replantearnos el hambre en esa condición.

Otras pistas que nos pueden ayudar a discriminar el hambre de la ansiedad son:

- La ansiedad es repentina, el hambre progresiva. Cuando es hambre no necesitamos comer inmediatamente, podemos aguantar y sentir como el hambre va en aumento.
- Si te apetece comer algo concreto en lugar de cualquier alimento. Cuando se trata de hambre necesitamos alimentarnos y punto. Cuando sentimos ansiedad, los niveles de glucosa disminuyen, y nos suelen apetecer productos procesados o ultraprocesados, con mucho azúcar...dulces y carbohidratos.
- Valora el tiempo que ha pasado desde tu última comida.
- Recuerda que comer calma el hambre, pero también la ansiedad. Lo cierto es que nos produce placer y nos calma psicológicamente.





Hospital Universitario  
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental  
CSM Villaverde

#### PAUTAS QUE NOS PUEDEN AYUDAR

- **Haz más ejercicio.** el ejercicio físico es un hábito muy recomendable para conseguir reducir la ansiedad y vivir de una forma más optimista y positiva. Esto puede ayudarte a regular tus problemas emocionales y, así, reducir estos ataques de hambre. Nos ayuda a calmar nuestras emociones, a segregar la hormona de la felicidad, a sentirnos mejor con nosotros mismos y, en general, a ser más conscientes de lo que es más saludable para nosotros. Por ello, lo mejor es elegir alguna actividad que nos guste, que nos motive y que nos divierta ya que, además de ayudar a calmarnos, nos mantendrá ocupados además de notar mejoras en nuestro cuerpo.
- **Menú diario de comidas:** es importante que tu mente sepa que estás bien alimentado y, por tanto, de esta forma, evitarás esa urgencia a la hora de comer por compulsión. Te recomendamos que tengas un planning semanal para que, así, sepas exactamente qué vas a comer y a qué hora, y así controles estos ataques de hambre. No te saltes las comidas. Es muy importante, de hecho, los hay que recomiendan hacer hasta 5 y 6 comidas al día con un máximo de tiempo entre ingestas de 3 horas, lo que nos ayudará a que nuestro cuerpo a estar activo y, por lo tanto, a no sentir esa hambre más atroz en la próxima comida que nos hará atiborrarnos y aumentando nuestro nivel de ansiedad también.
- **Elige bien los alimentos.**
  - Come alimentos saciantes: para evitar la sensación de hambre, te recomendamos que incluyas en tu dieta alimentos que sacien tu apetito como, por ejemplo, huevo, carnes, frutas y verduras. Además, si cuando te entran las ganas descontroladas de comer, optas por un alimento saludable, tu salud no se resentirá.
  - Evita el azúcar: el hambre emocional está muy relacionado con el consumo y abuso de alimentos azucarados y dulces procesados. Por ello, te recomendamos que evites tener estos ingredientes en tu casa y, en su contra, optes por versiones más saludables como yogures y frutas.
  - Alimentos que directamente ayudan a controlar la ansiedad y que van desde los arándanos, a los espárragos verdes, espinacas o aguacates, entre otros.

\*Una buenísima opción para no comer esas cosas que son menos recomendables es no comprarlas, si no las tienes a mano, no podrás comerlas.

- **Bebe más agua.** Mantenernos hidratados es una manera también de controlar el hambre. Y es que un truco para identificar si realmente tienes hambre es tan sencillo como beber agua. Y es que hay veces que cuando el cuerpo se siente deshidratado provoca sensación de hambre, por lo que, si bebes un vaso de agua y al rato sientes hambre, sí, lo es, pero si pasa lo contrario, simplemente era sed. Imaginaos si en ese momento en el que solo necesitábamos agua comemos unas galletas, hubiese sido una malísima solución y, además seguiríamos teniendo sed.
- **Tómate las cosas con calma.** Es fundamental vivir un poco más relajados y saber controlarnos. Comer tranquilamente y sin prisas es una cuestión básica para controlar el hambre.

Centro de Salud Mental de Villaverde. C/ Totanes, 1 – 3ª planta. 28041 Madrid  
(Teléfonos: 91 795 55 46 / 52 49 ; Fax: 91 797 89 53)



Hospital Universitario  
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental  
CSM Villaverde

- **Cuestión de la saciedad.** Recuerda que la sensación de hambre no desaparece hasta pasados 20 minutos. Por lo tanto, es importante no comer deprisa y sin parar. Se recomienda darse tiempo, terminar de masticar y tragar antes de meterse otro trozo en la boca, y otorgar a cada bocado por lo menos 10 masticaciones.
- **Descansar en condiciones, dormir 7 u 8 horas** al día es muy importante. Además, es importante relajarse, no ser muy estricto con uno mismo, concedernos algún capricho de vez en cuando que nos hará ganar en felicidad y a controlar mejor nuestro estado emocional.
- **Intenta la meditación.** O simplemente ejercicios para conocerte más a ti mismo, identificar qué te causa ese malestar que te lleva a comer compulsivamente e intentar controlarlo.





Hospital Universitario  
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental  
CSM Villaverde

## RECURSOS ONLINE DISPONIBLES EN LA CUARENTENA

La situación excepcional que vivimos nos exige quedarnos en casa y puede dificultarnos el acceso a algunos recursos de los que disponíamos en condiciones normales. Sin embargo, se ha producido una gran solidaridad institucional y se han abierto multitud de oportunidades para apoyar la situación del aislamiento.

Se presentan a continuación links a algunos recursos que pueden resultar de interés, organizados por categorías. Posteriormente se facilitan también los directorios web de cada uno de los recursos descritos por si fuese necesario entregar en formato impreso.

## RELAJACIÓN, MINDFULNESS Y MEDITACIÓN

### Audios relajación

- a. MINDFULNESS Hospital Universitario La Paz ([respiración 3'](#); [respiración 5'](#); [tacto tranquilizador](#); [ancla](#); [autoprotección](#))
- b. MINDFULNESS YOUTUBE [Vicente Simón](#):
- c. [Respiración diafragmática](#)
- d. [Tranquilos y atentos como una rana](#) (Youtube para niños)
- e. [RELAJACIÓN MUSCULAR](#)

### BIBLIOTERAPIA

- f. Mindfulness para principiantes- Jon Kabat Zinn.
- g. Plena mente, Andrés Martín Asuero

### Aplicaciones DISPONIBLES:

- h. APP [REM de Mindfulness](#):
- i. APP ["Mindfulness"](#)
- j. APP ["PETIT BAMBOU"](#)



Hospital Universitario  
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental  
CSM Villaverde

## RECURSOS ENTRETENIMIENTO

- a. [Bibliotecas online](#)
- b. [Películas Gratuitas](#)
- c. [Juegos de escape online](#)
- d. [Gimnasio virtual](#)
- e. [Recetas de Cocina](#)
- f. [Cursos de fotografía gratis](#)
- g. [Aprender un instrumento](#)
- h. [HBO](#), Fimoteca de Vodafone
- i. [Biblioteca Digital Mundial de la UNESCO](#)
- j. [Teatro online gratuito](#)
- k. **Museos gratuitos:**
  1. [Pinacoteca di Brera - Milano](#)
  2. [Galleria degli Uffizi - Firenze](#)
  3. [Vaticano](#)
  4. [Museo Archeologico - Atene](#)
  5. [Prado - Madrid](#)
  6. [Louvre - Parigi](#)
  7. [British Museum - Londra](#)
  8. [Metropolitan Museum - New York](#)
  9. [Hermitage - San Pietroburgo](#)
  10. [National Gallery of art - Washington](#)



Hospital Universitario  
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental  
CSM Villaverde

## MANEJO MALESTAR PSICOLÓGICO

- a. [Recomendaciones para el malestar psicológico COP.](#)
- b. [Gestión Psicológica COP](#)
- c. [Gestión del estrés Redacción Médica.](#)
- d. [Cuidate Hospital La Paz](#)
- e. [Malestar psicológico general](#)
- f. [Libros sobre ansiedad](#)
- g. [Recomendaciones para manejar la ansiedad APA.](#)

## INFORMACIÓN CONTRASTADA

La avalancha de información que sufrimos estos días puede ser un estresor adicional en esta crisis. Consulta solo fuentes fiables.

- a. [Herramienta de Información Contrastada Covid-19](#)
- b. [Consejo médico desde casa](#)
- c. [Consejos Cuarentena Hospital de Hong Kong](#)
- d. [Orientaciones Cuarentena COP](#)
- e. [Información para profesionales santiarios ICS.](#)
- f. [Consejos para líderes de Equipos \(Hospital La Paz\).](#)
- g. [Guía de Intervención en Mindfulness para profesionales.](#)



Hospital Universitario  
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental  
CSM Villaverde

## PARA LOS MÁS PEQUEÑOS

### 1. RECURSOS PARA NIÑOS.

- a. [Explicación general para niños](#)
- b. [Abordaje del duelo infantil](#)
- c. [Cuento Rosa para explicar a niños](#)
- d. [10 ideas para niños Hospital Niño Jesús.](#)
- e. [Relajación para niños H. Niño Jesús.](#)
- f. [Libro de Tareas Mindheart para emociones.](#)
- g. [Manejar el estrés de los más pequeños Zona Cero.](#)
- h. [Guía de Ayuda para padres y cuidadores para familias \(NCTSN\).](#)
- i. [Manualidades con los niños](#)

### 2. APLICACIONES

\*Academons Primaria\*: la App de Homeschooling está ofreciendo 30 días de acceso gratis a todo su catálogo de juegos de Matemáticas, Lengua, Inglés, Ciencias y Science [http://bit.ly/Academons\\_Gratis](http://bit.ly/Academons_Gratis)

\*Ta-tum\*: del grupo editorial Edelvives, ofrece acceso gratuito hasta el mes de julio a esta plataforma para el fomento de la lectura [http://bit.ly/Edelvives\\_Tatum](http://bit.ly/Edelvives_Tatum)

\*Smartick\*: esta App malagueña está ofreciendo acceso 15 días gratis a su App para repasar las matemáticas. [http://bit.ly/Smartick\\_15](http://bit.ly/Smartick_15)

\*Genially\*: la plataforma para hacer presentaciones interactivas ofrece por un tiempo limitado sus plantillas y recursos Premium gratis <http://bit.ly/Genially>

\*AMCO\*: Acceso los juegos de Mates y Lengua de su App Eduzland gratis por un tiempo limitado <https://amconews.es/eduzland/>

\*Smile and Learn\*: esta App para los más pequeños de la casa está ofreciendo acceso gratuito durante un mes a su catálogo de juegos interactivos. [http://bit.ly/smile\\_learn](http://bit.ly/smile_learn)

\*M.A.R.S.\*: esta App del grupo SM ofrece códigos descuento para acceder a los contenidos de 3º a 6º de Primaria. [http://bit.ly/MARS\\_App](http://bit.ly/MARS_App)

\*Cerebriti Edu\*: ofrece sus más de 50.000 juegos de Primaria y Secundaria gratis hasta final de curso [http://bit.ly/Cerebriti\\_Edu](http://bit.ly/Cerebriti_Edu)



Hospital Universitario  
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental  
CSM Villaverde

## REFERENCIAS Y DIRECTORIOS

### 1. RELAJACIÓN, MINDFULNESS Y MEDITACIÓN

#### Audios relajación

- k. MINDFULNESS desarrollados en el Hospital Universitario La Paz
  - i. respiración 3'  
<https://www.dropbox.com/s/izrb2k4vn6nhfq/respiración%203%20min.mp3?dl=0>
  - ii. Respiración 5'  
[https://www.dropbox.com/s/sfu8vyqr7oivi9o/respiración\\_5\\_minutos.mp3?dl=0](https://www.dropbox.com/s/sfu8vyqr7oivi9o/respiración_5_minutos.mp3?dl=0)
  - iii. Tacto tranquilizador  
[https://www.dropbox.com/s/kz77zvga5osn2pb/tacto\\_tranquilizador\\_socialmind.mp3?dl=0](https://www.dropbox.com/s/kz77zvga5osn2pb/tacto_tranquilizador_socialmind.mp3?dl=0)
  - iv. Ancla  
<https://www.dropbox.com/s/l4wisvv5gmaezzt/ancla%20cbp%20%281%29.mp3?dl=0>
  - v. Autoprotección  
<https://www.dropbox.com/s/eu8o5vwhrx30z09/autoprotección%20emocional%20para%20combatir%20el%20estrés%20del%20aislamiento%20y%20el%20miedo%20%28coronavirus%20y%20demás...%29.mp4?dl=0>
- l. MINDFULNES YOUTUBE Vicente Simón  
[https://www.youtube.com/results?search\\_query=vicente+simon](https://www.youtube.com/results?search_query=vicente+simon)
- m. Respiración diafragmática  
<https://www.youtube.com/watch?v=-fgci0iyjqc>
- n. Relajación muscular  
<http://www.bemocion.msssi.gob.es/comoEncontrarmeMejor/tecnicasRelajacion/entrenamientoRelajacion/home.htm>
- o. Tranquilos y atentos como una rana (Youtube para niños)  
<https://www.youtube.com/watch?v=p-UMZmA80ME>

#### BIBLIOTERAPIA

- p. [mindfulness para principiantes- Jon Kabat Zinn.](#)
- q. Plena mente, Andrés Martín Asuero

#### Aplicaciones DISPONIBLES:

- r. APP [REM de Mindfulness:](#)
- s. APP ["Mindfulness"](#)
- t. APP ["PETIT BAMBOU"](#)

Centro de Salud Mental de Villaverde, C/ Totanes, 1 – 3ª planta. 28041 Madrid  
(Teléfonos.: 91 795 55 46 / 52 49 ; Fax: 91 797 89 53)





Hospital Universitario  
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental  
CSM Villaverde

## 2. ENTRETENIMIENTO

### a. Bibliotecas online

[https://www.elespanol.com/omicrono/20200314/descargar-libros-gratis-cuarentena-coronavirus/474454646\\_0.html](https://www.elespanol.com/omicrono/20200314/descargar-libros-gratis-cuarentena-coronavirus/474454646_0.html)

### b. Películas Gratuitas

[https://www.elespanol.com/omicrono/20200313/ver-series-peliculas-gratis-legalmente-cuarentena-coronavirus/474452879\\_0.html](https://www.elespanol.com/omicrono/20200313/ver-series-peliculas-gratis-legalmente-cuarentena-coronavirus/474452879_0.html)

### c. juegos de escape online

<https://www.cocolisto.com/producto/escape-room-multiconferencia/>

### d. gimnasio virtual

<http://gymvirtual.com>

### e. Recetas de Cocina

<https://www.publico.es/tremending/2020/03/15/recetas-de-cocina-para-una-cuarentena-las-redes-proponen-los-platos-ideales-para-este-estado-de-alarma/>

### f. Cursos de fotografía gratis

<https://online.nikonschool.com>

### g. Aprender un instrumento

<https://www.youtube.com/channel/ucxm0v3a9g17bsate-dmmxrg>

### h. HBO, Filmoteca de vodafone

<https://es.hboespana.com>

### i. Biblioteca Digital Mundial de la UNESCO

### j. Teatro online gratuito

<https://www.facebook.com/Valencia-Teatroscom-522928244462193/>

### k. Museos gratuitos

Que se pueden visitar en sus respectivas webs.

1. [Pinacoteca di Brera - Milano](#)

2. [Galleria degli Uffizi - Firenze](#)

3. [Vaticano](#)

4. [Museo Archeologico - Atene](#)

5. [Prado - Madrid](#)

6. [Louvre - Parigi](#)

7. [British Museum - Londra](#)

8. [Metropolitan Museum - NewYork](#)

9. [Hermitage - San Pietroburgo](#)

10. [National Gallery of art - Washington](#)





Hospital Universitario  
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

AGC Psiquiatría y Salud Mental  
CSM Villaverde

### 3. MANEJO MALESTAR PSICOLÓGICO

#### a. Recomendaciones para el malestar psicológico COP

<https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/comunicado/221/recomendaciones-dirigidas-a-la-poblacion-para-un-afrontamiento-eficaz-ante-el-malestar-psicologico-generado-por-el-brote-de-coronavirus-covid-19>

#### b. Gestión Psicológica COP

<https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/1459/orientaciones-la-gestion-psicologica-la-cuarentena-el-coronavirus>

#### c. Gestión del estrés Redacción Médica

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/otras-profesiones/coronavirus-6-consejos-medico-gestione-estres-hospital-4149>

#### d. Malestar psicológico general

[https://crearsalud.org/recomendaciones-para-afrontar-el-miedo-o-la-ansiedad-por-el-coronavirus/?utm\\_source=crm2\\_envio&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=2020-03-17](https://crearsalud.org/recomendaciones-para-afrontar-el-miedo-o-la-ansiedad-por-el-coronavirus/?utm_source=crm2_envio&utm_medium=email&utm_campaign=2020-03-17)

#### e. Libros sobre ansiedad

<https://lamenteesmaravillosa.com/los-7-mejores-libros-para-vencer-la-ansiedad/>

#### a. Recomendaciones para manejar la ansiedad APA.

<https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/1450/recomendaciones-la-apa-manejar-ansiedad-que-suscitan-noticias-el-coronavirus>

### 4. INFORMACIÓN CONTRASTADA.

#### a. Herramienta de Información Contrastada Covid-19

<https://coronavirus.epidemixs.org/#/opening>

#### b. Consejo médico desde casa

<https://dkvsalud.com/es/publicaciones/click/consulta-medica-coronavirus>

#### c. Consejos Cuarentena Hospital de Hong Kong

[https://www.dropbox.com/s/6iti40dt7rhu4h9/Traducción%20HKRC\\_MH\\_Cuarentena.pdf?dl=0](https://www.dropbox.com/s/6iti40dt7rhu4h9/Traducción%20HKRC_MH_Cuarentena.pdf?dl=0)

#### d. Orientaciones Cuarentena COP

<https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/1459/orientaciones-la-gestion-psicologica-la-cuarentena-el-coronavirus>

#### e. Información para profesionales santiarios ICS

<https://www.dropbox.com/s/2fp8eovogrfvban/traducción%20bienestar%20COVID.pdf?dl=0>

#### f. Consejos para líderes de Equipos (Hospital La Paz)

<https://www.dropbox.com/s/pqgd18jmntzyl8/CONSEJOS%20PARA%20RESPONSABLES%20DE%20EQUIPO%20EN%20TIEMPOS%20DE%20COVID%2019.docx?dl=0>

#### g. Guía de Intervención en Mindfulness para profesionales (H La Paz)

<https://www.dropbox.com/s/hac04jx7lcp1yr/5%20min%20Regulacion%20emocional%20basada%20en%20Mindfulness%20RFM%20en%20la%20crisis%20COVID%2019.pdf?dl=0>

Centro de Salud Mental de Villaverde, C/ Totanes, 1 – 3ª planta, 28041 Madrid  
(Teléfonos.: 91 795 55 46 / 52 49 ; Fax: 91 797 89 53)

## 5. PARA LOS NIÑOS

### a. Explicación general para niños

<https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/comunicado/222/recomendaciones-psicologicas-para-explicar-a-ninos-y-ninas-el-brote-de-coronavirus-covid-19>

### b. Cuento Rosa para explicar a niños

<https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/rosa-contr-el-virus-cuento-para-explicar-a-los-ninos-y-ninas-el-coronavirus-y-otros-posibles-virus>

### c. Abordaje del duelo infantil

<https://www.fundacionmlc.org/noticia/descarga-aqui-guia-duelo/>

### d. 10 ideas para niños Hospital Niño Jesús

[https://www.dropbox.com/s/37wifktq5uuxdie/Afrontamiento\\_COVID\\_niños.pdf?dl=0](https://www.dropbox.com/s/37wifktq5uuxdie/Afrontamiento_COVID_niños.pdf?dl=0)

### e. Relajación para niños H. Niño Jesús

[https://www.dropbox.com/s/ywdg0gfnumk4eka/Ansiedad\\_Koeppen\\_niños.pdf?dl=0](https://www.dropbox.com/s/ywdg0gfnumk4eka/Ansiedad_Koeppen_niños.pdf?dl=0)

### f. Libro de Tareas Mindheart para emociones

<https://www.mindheart.co/descargables>

### g. Manejar el estrés de los más pequeños Zona Cero

<https://zonacreo.com/como-manejar-el-estres-ante-la-crisis-del-coronavirus-y-la-de-los-mas-peques/>

### h. Guía de Ayuda para padres y cuidadores para familias (NCTSN)

<https://zonacreo.com/como-manejar-el-estres-ante-la-crisis-del-coronavirus-y-la-de-los-mas-peques/>


### i. Manualidades con los niños

<https://saposyprincesas.elmundo.es/ocio-en-casa/manualidades-para-ninos/manualidades-infantiles-para-hacer-en-pascua/>

# **Recomendaciones para el abordaje de las reacciones psicológicas provocadas por la pandemia COVID-19 desde los equipos de Atención Primaria**

Carolina Rojas Rocha <sup>22</sup> y Juan de Dios Molina Martín <sup>23</sup>

CSM Villaverde. AGCPSM H.U. 12 de Octubre



## **RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE DE LAS REACCIONES PSICOLÓGICAS PROVOCADAS POR LA PANDEMIA DE LA COVID-19 DESDE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

<sup>22</sup> Psicóloga clínica.

<sup>23</sup> Médico psiquiatra jefe del CSM Villaverde.



## RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE DE LAS REACCIONES PSICOLÓGICAS PROVOCADAS POR LA PANDEMIA DE LA COVID-19 DESDE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Carolina Rojas Rocha<sup>1</sup>; Juan de Dios Molina Martín<sup>2</sup>.  
Psicóloga Clínica<sup>1</sup>, Psiquiatra y Jefe de Sección<sup>2</sup>  
CSM de Villaverde. AGCPySM. Hospital Universitario 12 de Octubre.

INTRODUCCIÓN .....	3
EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA PANDEMIA.....	3
Consecuencias específicas de la Pandemia por COVID-19 a largo plazo .....	4
Efectos psicológicos de la cuarentena.....	4
TRAYECTORIAS DE EVOLUCIÓN FRENTE A EVENTOS POTENCIALMENTE TRAUMÁTICOS.....	5
FACTORES DE RIESGO PARA LA APARICIÓN DE ESTRATEGIAS DESADAPTATIVAS .....	5
Factores asociados al evento.....	6
Factores asociados a la estrategia de afrontamiento .....	7
RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE DE LAS REACCIONES PSICOLÓGICAS ADAPTATIVAS ANTE LA PANDEMIA.....	8
La intervención en crisis en los equipos de atención primaria .....	8
Criterios para determinar si una expresión emocional se está convirtiendo en patológica .....	9
Herramienta e-consulta.....	10
GUIA DE RECURSOS PARA PACIENTES Y PROFESIONALES .....	11
Recursos Comunitarios .....	11
Recursos para mejorar el manejo de emociones .....	13
Guías para profesionales sobre salud mental en epidemias, pandemias y catástrofes .....	14
BIBLIOGRAFIA .....	15

Centro de Salud Mental de Villaverde. C/ Totanes, 1 – 3ª planta. 28041 Madrid  
(Teléfonos.: 91 795 55 46 / 52 49 ; Fax: 91 797 89 53)





## INTRODUCCIÓN

Generalmente la respuesta esperada ante eventos potencialmente traumáticos es de adaptación y resiliencia, pero, a menudo es difícil distinguir la respuesta normal ante eventos potencialmente estresantes de los síntomas que evolucionarán en trastornos a corto o largo plazo. Esto podría llevar en ocasiones al riesgo de infra o sobrestimar el desarrollo de trastornos. (Figueroa, Cortés, Accatino, & Sorensen, 2016). De ahí que en este documento proponemos unas claves que ayuden a distinguir las reacciones esperadas y por tanto adaptativas de las patológicas, además de incluir algunas recomendaciones de utilidad en la toma de decisiones y el manejo de reacciones esperables en la población general.

## EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA PANDEMIA

Desde la perspectiva de la salud mental, una pandemia genera toda una serie de factores estresantes que puede exceder la capacidad de adaptación de la población afectada. Según la Organización Panamericana de la Salud se estima que entre 33-50% de la población expuesta podrá sufrir alguna manifestación psicopatológica, de acuerdo a la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad (Organización Panamericana de Salud, 2016). Sin embargo, no todos los problemas psicosociales que se presenten podrán calificarse como trastornos mentales; la mayoría serán reacciones normales ante una situación anormal.

Los efectos en la salud mental, generalmente, son más marcados en las poblaciones que viven en condiciones precarias, poseen escasos recursos y tienen limitado acceso a los servicios sociales y de salud. Se han descrito como factores estresores específicos de la pandemia COVID-19 (IASC, 2020):

- Riesgo de ser infectado e infectar a otros, especialmente si el modo de transmisión de COVID-19 no está aclarado del todo.
- Los síntomas comunes de otros problemas de salud (p. Ej., Fiebre) pueden confundirse con COVID-19 y provocar temor a infectarse.
- Los cuidadores pueden sentirse cada vez más preocupados porque sus hijos estén solos en casa (debido al cierre de la escuela) sin la atención y el apoyo adecuados. El cierre de escuelas puede tener un efecto diferencial en las mujeres, que proporcionan la mayor parte del cuidado informal dentro de las familias, con las consecuencias de limitar su trabajo y sus oportunidades económicas.
- Riesgo de deterioro de la salud física y mental de personas vulnerables, por ejemplo, adultos mayores y personas con discapacidades, si los cuidadores se colocan en cuarentena si no hay otro tipo de atención y apoyo.

En una epidemia es común que las personas se sientan estresadas y preocupadas. Las respuestas comunes de las personas afectadas (tanto en forma directa como indirecta) pueden incluir las siguientes (IASC, 2020):

- Miedo a enfermarse y morir.
- Evitar acercarse a las instalaciones de salud por temor a infectarse.
- Miedo a perder sus medios de vida, no poder trabajar durante el aislamiento y ser despedido del trabajo.
- Miedo a ser excluido socialmente por estar asociado con la enfermedad (p. Ej. Estigmatización de personas que son o se perciben de las áreas afectadas).

Centro de Salud Mental de Villaverde, C/ Totanes, 1—3ª planta, 28041 Madrid  
(Teléfonos.: 91 795 55 46 / 52 49 ; Fax: 91 797 89 53)



- Sentirse impotente por no poder proteger a seres queridos y miedo a perderlos debido al virus.
- Miedo a ser separado de sus seres queridos y cuidadores debido al régimen de cuarentena.
- Negativa a cuidar a menores no acompañados o separados, personas con discapacidades o ancianos por temor a infección, porque los padres o cuidadores han sido puestos en cuarentena.
- Sentimientos de impotencia, aburrimiento, soledad y depresión debido al aislamiento.
- Miedo a revivir la experiencia de una epidemia previa.

En un reciente estudio basado en 52730 entrevistas realizadas en China durante los meses de confinamiento, el malestar psicológico estaba presente de forma moderada en el 30% de los individuos y grave en el 5%. Los grupos de mayor vulnerabilidad era las personas con edad avanzada, las mujeres, las personas con mayor nivel educativo y los inmigrantes (Qui et al, 2020).

#### Consecuencias específicas de la Pandemia por COVID-19 a largo plazo

Se estima que el miedo, la preocupación, la incertidumbre y los estresores constantes en la población durante el brote de COVID-19 puedan tener consecuencias a largo plazo en las comunidades, las familias y las personas vulnerables (IASC, 2020):

- Deterioro de redes sociales, dinámicas locales y economías.
- Estigma hacia los pacientes sobrevivientes, lo que provoca rechazo por parte de las comunidades.
- Aparición de estados emocionales negativos dirigidos contra el gobierno y los trabajadores de primera línea.
- Aumento de problemas familiares y de la violencia hacia la pareja.
- Posible desconfianza de la información proporcionada por el gobierno y otras autoridades.
- Recaídas o reagudizaciones de los trastornos mentales en personas en tratamiento.
- También puede haber experiencias positivas en algunas personas, como encontrar formas de afrontamiento y resiliencia. Frente a crisis, las personas pueden experimentar una gran satisfacción al ayudar a otras.

#### Efectos psicológicos de la cuarentena

Se entiende por "Cuarentena" la separación y restricción del movimiento de las personas que potencialmente pueden haber estado expuestas al contagio y así reducir el riesgo de contagiar a otros. Este término se utiliza también en la población general al hacer referencia al "aislamiento" que se aplica a pacientes diagnosticados con una enfermedad infecciosa que son aislados para no contagiar. Los factores estresantes de la cuarentena pueden ocurrir durante o después de la misma. La cuarentena puede llegar a ser una experiencia especialmente desagradable debido a la separación de los seres queridos, la pérdida de la libertad, la incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y el aburrimiento. (Brooks, y otros, 2020). Las pérdidas económicas y el estigma suelen ser los factores estresantes postpandemia más relevantes (Rubi, 2020).

En España, ante la Pandemia por la enfermedad Covid-19 se ha puesto en marcha una cuarentena masiva, solicitando a toda la población no salir de casa, excepto estricta emergencia, salidas para el abastecimiento y tránsito al lugar de trabajo- en servicios esenciales-. Este escenario expone a las personas a circunstancias nunca vividas, cuyas consecuencias en la salud mental deberemos evaluar en un futuro. Hay pocos estudios sobre los efectos psicológicos de la cuarentena masiva, durante periodos

Centro de Salud Mental de Villaverde. C/ Totanes, 1–3ª planta. 28041 Madrid  
(Teléfonos.: 91 795 55 46 / 52 49 ; Fax: 91 797 89 53)





prolongados, sin embargo, es importante señalar que, por lo general, los estudios indican un aumento del malestar psicológico en las personas que han pasado cuarentena en comparación con las que no.

## TRAYECTORIAS DE EVOLUCIÓN FRENTE A EVENTOS POTENCIALMENTE TRAUMÁTICOS

Durante los primeros días o semanas después de una situación fuera de lo normal potencialmente estresante, la mayoría de las personas experimentan reacciones emocionales intensas, como insomnio, labilidad emocional, irritabilidad, recuerdos intrusivos sobre el evento, evitación de estímulos que recuerden el trauma, entre otros. Todas estas reacciones se consideran "reacciones normales frente a una situación anormal" y no constituyen necesariamente un síntoma de trastorno psiquiátrico. Se han descrito 4 trayectorias posibles de evolución ante estos eventos (Figuroa y cols., 2020).

- Resiliente: Personas capaces de continuar sus rutinas familiares, laborales y sociales con un mínimo nivel de perturbación (35-65%).
- Recuperación, en personas que tras un periodo de fuerte perturbación inicial se recuperan al cabo de algunos meses (15-25%).
- Retardada: tras varios meses de mantener un funcionamiento relativamente normal la persona desarrolla un trastorno mental (del 0 al 15%).
- Crónica, cuando rápidamente se produce un deterioro del funcionamiento y el paciente no se vuelve a recuperar (5-30%).
- "Crecimiento Postraumático": Adicionalmente, a largo plazo, un grupo de los afectados podría desarrollar cambios positivos en la relación con uno mismo, los demás y la filosofía de vida. La resolución adaptativa de la crisis ofrece una triple oportunidad: dominar la situación actual, elaborar conflictos pasados, aprender estrategias para el futuro.

En los primeros momentos es difícil definir quien desarrollará una u otra trayectoria, por lo que el manejo de la sintomatología será inespecífico en las primeras dos semanas requiriendo una valoración más exhaustiva si se prolongan los síntomas en el tiempo, para dilucidar la necesidad de asistencia especializada.

## FACTORES DE RIESGO PARA LA APARICIÓN DE ESTRATEGIAS DESADAPTATIVAS

Una de las claves que nos ayudará a valorar si estamos frente a una respuesta desadaptativa ante un evento potencialmente traumático es conocer los factores de riesgo. Diferentes estudios señalan que las personas que corren un mayor riesgo de malestar disfuncional y problemas de salud psicosocial son mujeres, niños y adolescentes, personas mayores, personas con historia previa de trastornos de salud y personas socialmente desfavorecidas. A continuación, presentamos un cuadro resumen de factores de riesgo y de protección:

Centro de Salud Mental de Villaverde. C/ Totanes, 1 – 3ª planta. 28041 Madrid  
(Teléfonos.: 91 795 55 46 / 52 49 ; Fax: 91 797 89 53)



Factores de riesgo (Williams, Bisson, & Kemp, 2014)	Factores de protección (Vázquez & Pérez, 2003)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perciben que han experimentado una gran amenaza a su vida o la vida de otras personas importantes.</li> <li>• Personas que han sido heridas o dañadas físicamente.</li> <li>• Personas que se enfrentan a una circunstancia de baja controlabilidad y previsibilidad.</li> <li>• Tiene que vivir con la posibilidad de que el desastre se repita.</li> <li>• Experimente angustia o disociación elevada desproporcionadas en el momento.</li> <li>• Han experimentado múltiples pérdidas de parientes, amigos y colegas cercanos, y pérdidas de bienes importantes.</li> <li>• Han estado expuestos a cadáveres y escenas grotescas.</li> <li>• Han sufrido mayores grados de destrucción comunitaria.</li> <li>• Perciben que tienen un apoyo social limitado.</li> <li>• Están expuestos a estrés vital posterior.</li> <li>• Han estado expuestos a un evento traumático importante anteriormente.</li> <li>• Ha tenido un trastorno mental anteriormente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesgos positivos de memoria.</li> <li>• Capacidad distractora.</li> <li>• Capacidad de vivir emociones positivas durante el evento.</li> <li>• Dotación de algún sentido o significado a lo sucedido.</li> <li>• Aceptación de la incertidumbre.</li> <li>• Percibirse como superviviente: Como persona que ha salido reforzada de la situación.</li> <li>• Comparación positiva con los demás o con escenarios peores.</li> <li>• Estrategias activas de afrontamiento</li> <li>• Optimismo disposicional.</li> <li>• Rasgos de resiliencia.</li> <li>• Sentido de coherencia social.</li> <li>• Locus de control interno: Tener una idea no excesiva y rígida de la controlabilidad del entorno.</li> <li>• Mantener parcelas de control y dignidad personal.</li> <li>• Existencia de redes comunitarias y sociales de apoyo.</li> </ul>

Factores asociados al evento

Un evento estresante sería potencialmente más dañino si cumple con una serie de características (Vázquez & Pérez, 2003):



En el caso de la pandemia de la enfermedad Covid-19, aunque no puede valorarse como un hecho intencionado causado por el hombre, factor más asociado al daño, si cumple con ser un hecho grave, que se prolonga en el tiempo, relativamente inesperado, que lleva al confinamiento por medidas de

Centro de Salud Mental de Villaverde, C/ Totanes, 1 – 3ª planta, 28041 Madrid  
(Teléfonos: 91 795 55 46 / 52 49 ; Fax: 91 797 89 53)



contención a la población en general y a pérdidas de diferente orden. Esto potencialmente pone en duda la predictibilidad del mundo y la idea de que los eventos son controlables.

Factores asociados a la estrategia de afrontamiento

Según Echeburúa y Amor (2019), las estrategias de afrontamiento son uno de los factores que determinarían la trayectoria que seguirá una persona expuesta a un suceso potencialmente traumático. En el siguiente cuadro se describen las estrategias asociadas a un afrontamiento adaptativo y desadaptativo (Adaptado de Echeburúa y Amor, 2019)

ESTRATEGIAS DESADAPTATIVAS	ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS
<b>CONDUCTUALES</b>	
Evitación conductual que interfiere en la vida cotidiana.	Exposición a estímulos que pueden recordarle el suceso.
Aislamiento social, acercamiento a personas inapropiadas, rechazo de ayuda cuando se necesita.	Búsqueda de apoyo social y familiar, distanciamiento de personas tóxicas, búsqueda de ayuda terapéutica (cuando se necesita).
Conductas autodestructivas: Abuso de sustancias, automedicación descontrolada, conductas de riesgo (conducción temeraria, deportes de riesgo), conductas violentas.	Conductas constructivas: toma de medicación pautada (si es necesaria), implicación en conductas gratificantes sin riesgo, conductas respetuosas o altruistas con los demás.
<b>COGNITIVAS</b>	
Atención selectiva a sucesos traumáticos pasados.	Focalización atencional en situaciones actuales positivas o en proyectos futuros.
<b>EMOCIONALES</b>	
Anclaje en sentimientos negativos: Nostalgia paralizante, deseos de venganza e impotencia, odio, rencor, resentimiento, culpa, ira, hostilidad.	Sentimientos positivos liberadores: Nostalgia positiva, perdón, compasión, dejar el suceso en manos de la justicia (real o divina), desahogarse emocionalmente con seres queridos.
<b>REGULACIÓN EMOCIONAL COGNITIVA</b>	
Negación, catastrofismo, rumiación, autculpabilización, culpar a otras personas.	Aceptación, puesta en perspectiva, reevaluación positiva, fijarse selectivamente en lo positivo, centrarse en la planificación.





## RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE DE LAS REACCIONES PSICOLÓGICAS ADAPTATIVAS ANTE LA PANDEMIA

### La intervención en crisis en los equipos de atención primaria

La OPS recomienda que en los primeros momentos de crisis por epidemias o pandemias es necesario utilizar **técnicas de intervención en crisis**, dentro del contexto comunitario, para las personas que presenten reacciones psicológicas significativas sin haber desarrollado necesariamente una patología, es por esto por lo que los trabajadores de salud deben estar preparados en técnicas básicas para favorecer el control emocional de las personas a las que atienden. Se recomienda que la mayoría de los casos se atiendan ambulatoriamente en su contexto familiar y comunitario. El uso de medicamentos debe ser restringido a los casos estrictamente necesarios y sólo prescritos por facultativos. No es recomendable el uso indiscriminado y por largos periodos de psicofármacos (OPS, 2016).

Es necesario que en el contexto de atención primaria se pongan en marcha **estrategias de validación y contención emocional, regulación de la activación y recomendaciones básicas para mantener las actividades habituales**. Estas informaciones deberían ser suficientes para el abordaje de una respuesta normal o esperable ante un evento como la pandemia por la enfermedad Covid-19. Este primer abordaje se puede resumir en los siguientes puntos (Adaptado de Figueroa et al, 2016):

- a) **Escucha activa:** Ofrecer un tiempo razonable de escucha activa (15-20 min), que puede ser definida como “poner toda la atención de uno en la otra persona y comunicarle que estamos interesados y preocupados” a través de un lenguaje corporal atento, un seguimiento adecuado de lo que el paciente, y así **facilitar la expresión verbal, ayudar a generar un discurso coherente y facilitar la expresión emocional**.
- b) **Validación y contención emocional:** Tras una experiencia traumática lo adaptativo es experimentar diferentes emociones negativas (ansiedad, tristeza), de las que, en ocasiones, el sujeto se avergüenza o culpa. El hecho de aceptar que se trata de experiencias normales puede servir para disminuir la intensidad de estas y la culpa secundaria. Esto ayudará a mantener su consideración de persona “normal” tratando de asumir, procesar y afrontar una situación muy difícil.
- c) **Resignificar:** modificar la interpretación que uno hace del evento ocurrido, para mejorar la forma en que se siente en el momento actual. Puede ser útil pensar que el sufrimiento del pasado nos puede haber hecho ser más capaces de afrontar situaciones complicadas.
- d) **Regulación emocional:** ofrecer ayuda concreta para lograr la calma con técnicas de entrenamiento de la respiración o técnicas de relajación sencillas.
- e) **Apoyo para que el paciente pueda sistematización y priorizar sus necesidades** inmediatas como contacto con familiares, información, protección económica, asistencia legal u otras.
- f) **Apoyar la activación de las redes de apoyo** familiares y sociales disponibles.

Centro de Salud Mental de Villaverde, C/ Totanes, 1 – 3ª planta, 28041 Madrid  
(Teléfonos: 91 795 55 46 / 52 49 ; Fax: 91 797 89 53)



**g) Psicoeducación** respecto a las reacciones normales frente al trauma, cómo ayudarse y ayudar a otros, cuáles son los signos de alarma y dónde buscar ayuda.

En específico, en caso de epidemias, se han descrito algunas recomendaciones para los sobrevivientes y los que han sufrido pérdidas importantes: (OPS, 2016)

- Tratarlos como sobrevivientes activos y no como sujetos pasivos.
- No medicalizar la atención, ni tratar a las personas, necesariamente, como enfermos psiquiátricos.
- Asistir y mostrar preocupación por la seguridad física y la salud.
- Asegurarse que tengan cubiertas sus necesidades básicas.
- Proporcionar apoyo emocional y un sentido de conexión con otras personas.
- Asegurar privacidad y confidencialidad en la comunicación.
- Facilitar que cuenten su historia y afloren las emociones.
- El que ofrece la ayuda psicológica debe desarrollar un sentido de escucha responsable, cuidadosa y paciente. Los miembros de los equipos de respuesta deben explorar sus propias concepciones y preocupaciones sobre la enfermedad y la muerte y no deben imponer su visión a aquellos que ayudan.
- Más que consejos debe abrirse la reflexión sobre lo sucedido y como enfrentar el futuro. Las orientaciones deben referirse a cuestiones prácticas y canales de ayuda que se abren.
- Proveer de la información necesaria y escuchar los problemas para contribuir a canalizarlos.
- Favorecer el retorno a la vida cotidiana, lo antes posible.
- Evitar el intrusismo de la prensa u otros grupos.
- El apoyo espiritual o religioso es, generalmente, un instrumento valioso para calmar a los familiares

Criterios para determinar si una expresión emocional se está convirtiendo en patológica

En un segundo momento, si las reacciones emocionales persisten, será necesario determinar la necesidad de derivar a nuestro paciente a los equipos de salud mental (OPS, 2016). Algunos criterios propuestos son:

- Prolongación en el tiempo de la respuesta emocional (> 6 meses).
- Sufrimiento intenso que supera la capacidad de afrontamiento del individuo.
- Complicaciones asociadas (ejemplo, ideación suicida).
- Afectación significativa del funcionamiento social y cotidiano.

En definitiva, el médico de familia debería plantearse la derivación a los equipos de salud mental cuando:

- Síntomas persistentes y/o agravados que no se han aliviado con las medidas iniciales.
- Dificultades marcadas en la vida familiar, laboral o social.
- Riesgo de complicaciones, en especial el suicidio.
- Problemas coexistentes como abuso de sustancias u otras conductas adictivas.

Centro de Salud Mental de Villaverde, C/ Totanes, 1 – 3ª planta, 28041 Madrid  
(Teléfonos.: 91 795 55 46 / 52 49 ; Fax: 91 797 89 53)



- Las depresiones mayores, psicosis y el trastorno por estrés posttraumático son cuadros psiquiátricos graves que requieren de atención especializada.

Herramienta e-consulta.

Es una herramienta creada para agilizar la comunicación entre los médicos de atención primaria y diferentes especialidades, entre ellas Salud Mental, por medio de la cual los especialistas pueden actuar como consultores y así resolver en conjunto cuestiones que puedan surgir desde Atención Primaria.

Centro de Salud Mental de Villaverde. C/ Totanes, 1 – 3ª planta, 28041 Madrid  
(Teléfonos.: 91 795 55 46 / 52 49 ; Fax: 91 797 89 53)





## GUIA DE RECURSOS PARA PACIENTES Y PROFESIONALES

### Recursos Comunitarios

Será necesario un mapeo de los activos comunitarios en cada distrito para reforzar las iniciativas que surjan desde la comunidad. Desde atención primaria se podrá actuar, en ciertos casos, como puente entre las diferentes iniciativas y los pacientes. A continuación, se exponen ejemplos de recursos comunitarios disponibles para la población general (SIRA, 2020).

TIPO DE RECURSO	DESCRIPCIÓN	CONTACTO/ Recurso en INTERNET
<b>PRIMERA ATENCIÓN PSICOLÓGICA TELFÓNICA A LA POBLACIÓN GENERAL</b>	<b>Dificultades asociadas a la alerta y la cuarentena.</b> Consejo General de la Psicología y Ministerio de Sanidad.	Teléfono: 91 700 79 88 (horario ininterrumpido de lunes a domingo y de 9.00h a 20.00h)
	<b>Familiares de personas enfermas o fallecidas por el coronavirus.</b> (Consejo General de la Psicología Ministerio de Sanidad).	Teléfono: 91 700 79 89 (horario ininterrumpido de lunes a domingo y de 9.00h a 20.00h) del
	<b>Duelo por personas fallecidas.</b> El Colegio de Psicología de Madrid: programa de intervención psicológica y de acompañamiento en duelo, para ayudar a las familias de las personas que han fallecido por causa de esta enfermedad	E-Mail: ayudaduelocopm@cop.es
	<b>Apoyo psicológico gratuito para personas en situación vulnerable (CAM):</b>	Teléfono: 900 124 365 (24 horas).
	<b>Teléfono de la esperanza</b>	Teléfono: 91 459 00 55 o 717 003 717 (24 horas)
	<b>Teléfono esperanza: Servicio a mayores durante pandemia</b>	Solicitud previa: <a href="https://www.compartevida.es/">https://www.compartevida.es/</a>
	<b>Asociación La Barandilla:</b> Teléfono de prevención del suicidio	Teléfono: 91 138 53 85 (horario de 9.00h a 21.00h)
	<b>Teléfono de compañía y atención a personas solas:</b> Teléfono Cáritas de acompañamiento a personas en situaciones de soledad y confusión. Un voluntario se	Teléfono: 696987885. Horario de 11:00 a 20:00

Centro de Salud Mental de Villaverde. C/ Totanes, 1 – 3ª planta. 28041 Madrid  
(Teléfonos: 91 795 55 46 / 52 49 ; Fax: 91 797 89 53)



	pondrá en contacto y te seguirá diariamente	
<b>PLATAFORMAS DE APOYO MUTUO y ONG</b>	<b>FRENALACURVA:</b> Plataforma centralizada de información comunitaria. Es un espacio para visibilizar, difundir y multiplicar el impacto de las iniciativas de apoyo mutuo surgidas desde la ciudadanía, así como información relevante	<a href="https://actua.frenalacurva.net/t/te-damos-la-bienvenida-a-frena-la-curva/7">https://actua.frenalacurva.net/t/te-damos-la-bienvenida-a-frena-la-curva/7</a>
	<b>MAPA DE APOYO MUTUO COVID19:</b> Mapa y lista de ayuda de apoyo mutuo	<a href="https://sites.google.com/view/apmc19">https://sites.google.com/view/apmc19:</a>
	<b>GRUPOS DE APOYO VECINALES.</b>	En Villaverde por ejemplo de ha desarrollado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• “En Villaverde nos cuidamos juntas” (Red de apoyo mutuo Villaverde bajo): Contacto: <a href="mailto:redcuidadosvilaverdebajo@gmail.com">redcuidadosvilaverdebajo@gmail.com</a></li> <li>• Red Vecinal de Villaverde Alto: <a href="mailto:redrecursosvecinalesvillaverde@gmail.com">redrecursosvecinalesvillaverde@gmail.com</a></li> </ul>
	<b>PLATAFORMA DE FAMILIARES CON VÍCTIMAS POR COVID-19:</b> Su objetivo es crear una comunidad	E-mail: <a href="mailto:victimascovid@gmail.com">victimascovid@gmail.com</a> Web: <a href="http://www.plataformafvc19.com">www.plataformafvc19.com</a>
	<b>La Rueda asociación:</b> Servicio de convivencia intercultural en barrios	Web: <a href="http://www.serviciodeconvivencia.es/">www.serviciodeconvivencia.es/</a>
	<b>Grupo Labor.</b> ONG no lucrativa, para la promoción de la mujer. Tiene formación para el empleo, asesoría jurídica, ludoteca	<b>Dirección:</b> C/ Romeral 12 escalera ext. 1 <b>Teléfono:</b> 917975354
	<b>Asociación de alcohólicos rehabilitados de Villaverde (ARVIL)</b>	C/ POTES, 1 PLANTA 5/N (C.COMERCIAL "LOS ARCOS", LOCAL 3) 28021 MADRID Barrio / Distrito SAN ANDRES / VILLAVERDE Teléfono: 91796890

Centro de Salud Mental de Villaverde, C/ Totanes, 1–3ª planta, 28041 Madrid  
(Teléfonos.: 91 795 55 46 / 52 49 ; Fax: 91 797 89 53)



**Recursos del Ayuntamiento**

<b>Centro Municipal de Salud Comunitaria (CMS)</b>	Programas de promoción de salud, Salud mental y psico-higiene, salud sexual y reproductiva, deshabituación tabáquica, entre otros	<b>Dirección:</b> Avenida de la felicidad Nº 17 <b>Teléfonos:</b> 91 588 92 60 / 91 480 49 39 <b>E-mail:</b> <a href="mailto:cmsvillaverde@madrid.es">cmsvillaverde@madrid.es</a>
<b>Red de Espacio de igualdad de la comunidad de Madrid</b>	Servicio público orientado a concienciar sobre la necesidad de construir y generar una sociedad en igualdad con la participación de mujeres y hombres, impulsando el empoderamiento de las mujeres para lograr una posición de equidad social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Espacio de igualdad Clara Campoamor:</b> <b>Dirección:</b> CALLE MARIA MARTINEZ OVIOL, 12 28021 MADRID <b>Barrio / Distrito:</b> LOS ROSALES / VILLAVERDE <b>Teléfono:</b> 917 109 713 <b>E-Mail:</b> <a href="mailto:caimujercc@madrid.es">caimujercc@madrid.es</a></li> <li>• <b>Espacio de igualdad Dulce Chacón</b> <b>Dirección:</b> C/Mareas , 34. <b>Teléfono:</b> 917952421.</li> </ul>

**Recursos para mejorar el manejo de emociones**

<b>Guía para el manejo de la ansiedad (COP)</b>	<b>Colegio de Psicólogos de Madrid:</b> <a href="https://www.copmadrid.org/web/files/comunicacion/Recomendaciones_Ansiedad_2.pdf">https://www.copmadrid.org/web/files/comunicacion/Recomendaciones_Ansiedad_2.pdf</a>
<b>Recomendaciones dirigidas a la población para un afrontamiento psicológico eficaz ante el malestar generado por el brote de coronavirus.</b>	<b>Colegio de Psicólogos de Madrid:</b> <a href="https://www.copmadrid.org/web/files/comunicacion/Recomendaciones%20coronavirus.pdf">https://www.copmadrid.org/web/files/comunicacion/Recomendaciones%20coronavirus.pdf</a>
<b>Manual de entrenamiento en respiración (UAB)</b>	<a href="https://www.ttmib.org/documentos/ENTRENAMIENTO_EN_RESPIRACION.pdf">https://www.ttmib.org/documentos/ENTRENAMIENTO_EN_RESPIRACION.pdf</a>
<b>Técnicas para el control de la activación (Universidad de Valencia) (Mariano Chóliz)</b>	<a href="https://www.uv.es/%3Dcholz/RelajacionRespiracion.pdf">https://www.uv.es/%3Dcholz/RelajacionRespiracion.pdf</a>
<b>Grupo Labpsitec. (Laboratorio de psicología y tecnología. Universitat Jaume I)</b>	Videos Mindfulness, relajación, emociones, actitud positiva. <a href="https://www.youtube.com/user/GrupoLABPSITEC/videos">https://www.youtube.com/user/GrupoLABPSITEC/videos</a>

Centro de Salud Mental de Villaverde, C/ Totanes, 1 – 3ª planta, 28041 Madrid  
(Teléfonos.: 91 795 55 46 / 52 49 ; Fax: 91 797 89 53)





Guías para profesionales sobre salud mental en epidemias, pandemias y catástrofes.

Fuente	Guía	
IASC.	Cómo abordar los aspectos psicosociales del brote de Covid-19. _0.pdf	<a href="https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MH%20PSS%20%28Spanish%29">https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MH%20PSS%20%28Spanish%29</a>
Organización Panamericana de Salud. (2016).	Protección de la salud mental en situaciones de epidemias.	<a href="https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf">https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf</a>
<i>The Royal College of Psychiatrics. Occasional Paper.</i> Williams, R., Bisson, J., & Kemp, V. (2014)	Principles for responding to people's psychosocial and mental health needs after disasters. <i>The Royal College of Psychiatrics. Occasional Paper. OP94.</i>	<a href="https://www.apothecaries.org/wp-content/uploads/2019/02/OP94.pdf">https://www.apothecaries.org/wp-content/uploads/2019/02/OP94.pdf</a>
Grupo SIRA. Grupo de acción comunitaria.	Guía de apoyo psicosocial durante el brote del coronavirus. 3ª edición	<a href="https://4651e015-749d-49f8-acb4-49eb6187d13b.filesusr.com/ugd/536db9_45d6e1490822478db618f30f6ea39be3.pdf">https://4651e015-749d-49f8-acb4-49eb6187d13b.filesusr.com/ugd/536db9_45d6e1490822478db618f30f6ea39be3.pdf</a>

Centro de Salud Mental de Villaverde. C/ Totanes, 1 – 3ª planta. 28041 Madrid  
(Teléfonos.: 91 795 55 46 / 52 49 ; Fax: 91 797 89 53)



## BIBLIOGRAFIA

- Brooks, D., Ebster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (26 de febrero de 2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rápido review of the evidence. *Lancet*(395), 912-929.
- Echeburua, E., Amor, P. (2019). Memoria traumática, estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas. *Terapia psicológica*, 37(1), 71-80.
- Figueroa, R., Cortés, P., Accatino, L., Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en atención primaria: Orientaciones de manejo. *Revista médica de Chile*, 643-655.
- IASC. (14 de Marzo de 2020). Cómo abordar los aspectos psicosociales del brote de Covid-19. Recuperado el 18 de Abril de 2020, de [https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Spanish%29\\_0.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Spanish%29_0.pdf)
- Organización Panamericana de Salud. (2016). Protección de la salud mental en situaciones de epidemias. Recuperado el 15 de Abril de 2020, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (Marzo de 2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(6). doi:10.1136/gpsych-2020-100213
- Rubi, G. (Enero de 2020). The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*, 1-2. doi: 10.1136/bmj.m313
- SIRA. (Marzo de 2020). [www.psicosocialyemergencias.com/afrontamiento-saludable-de-la-crisis-por-covid-19/](http://www.psicosocialyemergencias.com/afrontamiento-saludable-de-la-crisis-por-covid-19/). Recuperado el 20 de Abril de 2020, de [www.psicosocialyemergencias.com/afrontamiento-saludable-de-la-crisis-por-covid-19/](http://www.psicosocialyemergencias.com/afrontamiento-saludable-de-la-crisis-por-covid-19/)
- Vázquez, C., & Pérez, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*(9), 231-254.
- Williams, R., Bisson, J., & Kemp, V. (2014). Principles for responding to people's psychosocial and mental health needs after disasters. *The Royal College of Psychiatrists. Occasional Paper. OP94*. Recuperado el 15 de Abril de 2020, de <https://www.apothecaries.org/wp-content/uploads/2019/02/OP94.pdf>



## Atención Primaria: manejo de un caso de depresión reactiva al confinamiento por COVID-19

Juan Gabriel Fernández Macho <sup>24</sup>  
y Yolanda Guerrero Roldán <sup>25</sup>

UHB / Programa de Alcohol AGCPSM H.U. 12 de Octubre

# Atención Primaria: manejo de un caso de depresión reactiva al confinamiento por COVID-19



Hospital Universitario  
12 de Octubre  
AGC Psiquiatría y Salud Mental



-Mayo 2020-

Escribe aquí para buscar



20:29  
31/05/2020

Vídeo docente  
para profesionales de Atención Primaria

Próximamente cargado en nuestra web:

<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>

También puede solicitarse en nuestro buzón de contacto:

[psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org](mailto:psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org)

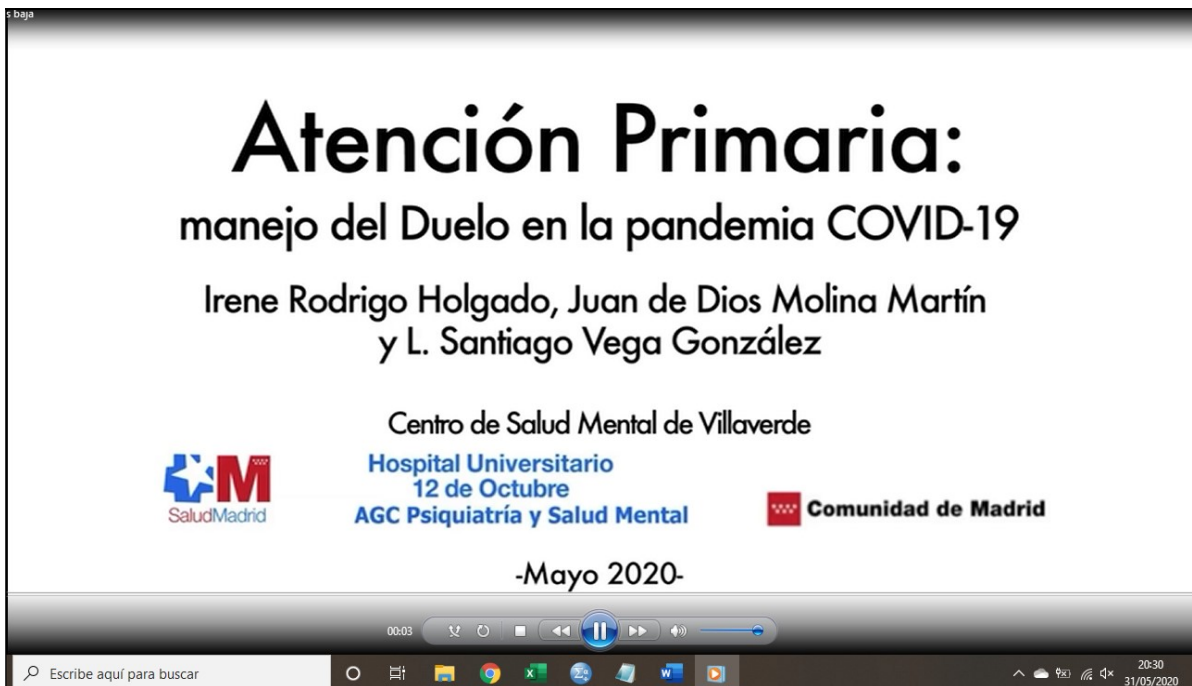
<sup>24</sup> Médico psiquiatra UHB H.U. 12 de Octubre

<sup>25</sup> Enfermera de Salud Mental. Programa de Alcohol AGCPSM..

## Atención Primaria: manejo del Duelo en la pandemia COVID-19

Irene Rodrigo Holgado <sup>26</sup>, Juan de Dios Molina Martín <sup>27</sup>  
y Luis-Santiago Vega González <sup>28</sup>

CSM de villaverde



Vídeo docente  
para profesionales de Atención Primaria

Próximamente cargado en nuestra web:

<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>

También puede solicitarse en nuestro buzón de contacto:

[psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org](mailto:psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org)

<sup>26</sup> Residente de Psicología clínica de 4º año.

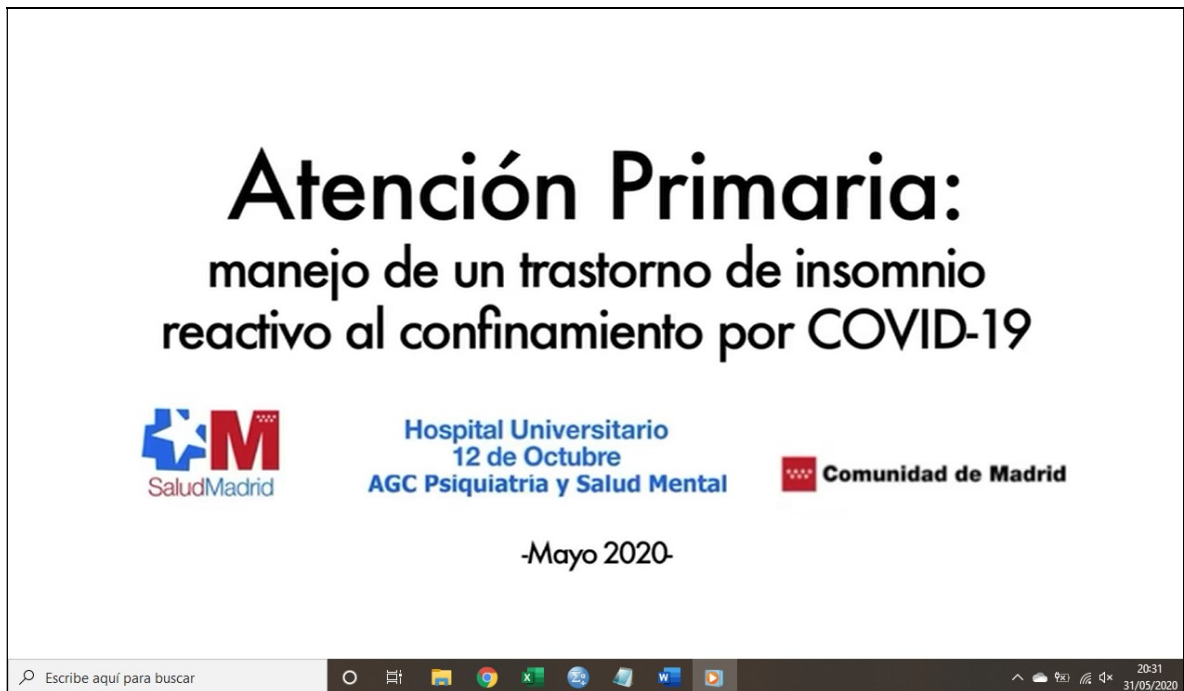
<sup>27</sup> Médico psiquiatra jefe CSM Villaverde.

<sup>28</sup> Médico psiquiatra.

## **Atención Primaria: manejo de un caso de insomnio reactivo al confinamiento por COVID-19**

Begoña Zamora Banegas y Javier Luis Eguía Barbarín <sup>29</sup>

AGCPSM H.U. 12 de Octubre



Vídeo docente  
para profesionales de Atención Primaria

Próximamente cargado en nuestra web:

<https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria>

También puede solicitarse en nuestro buzón de contacto:

[psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org](mailto:psiquiatria.hdoc@salud.madrid.org)

<sup>29</sup> Residentes de Psiquiatría H.U. 12 de Octubre.

## Manejo farmacológico de trastornos psicóticos en personas mayores con tratamiento de la infección por COVID-19: interacciones y recomendaciones terapéuticas

Ainhoa Esteve Arrien <sup>30</sup>, Luis Agüera Ortiz <sup>31</sup>  
y Sagrario Manzano Palomo <sup>32</sup>

Manejo farmacológico de trastornos psicóticos en personas mayores con tratamiento de la infección por COVID19: interacciones y recomendaciones terapéuticas.



<sup>30</sup> Médico especialista en Geriatria. Sección de Geriatria. H. U. Infanta Leonor (Madrid).

<sup>31</sup> Médico especialista en Psiquiatría. CSM Carabanchel. H.U. 12 de Octubre (Madrid).

<sup>32</sup> Médico especialista en Neurología. Servicio de Neurología. H. U. Infanta Leonor (Madrid).



## **Introducción.**

En personas de edad avanzada afectas de enfermedades neuropsiquiátricas es frecuente encontrar fenómenos de la esfera psicótica como delirios, alucinaciones, suspicacia, irritabilidad o agitación psicomotriz. La prevalencia de la esquizofrenia es del 1% de la población general. En la mayoría de estos pacientes la enfermedad persiste y requiere atención hasta el final de la vida. Adicionalmente hay personas que inician un cuadro psicótico por encima de los 60 años. Otras enfermedades con fenómenos psicóticos que afectan a personas mayores son la depresión con síntomas psicóticos, los trastornos bipolares y esquizoafectivos.

La segunda enfermedad que más frecuentemente produce síntomas psicóticos en el ser humano es la demencia con independencia de su etiología, que afecta al 18% de las personas de 75 a 79 años, al 26% de las personas de 80 a 84 años y hasta al 45% de las personas de más de 85 años. Junto a ella, el delirium que aparece en mayor medida en las personas mayores con vulnerabilidad cerebral puede producir síntomas psicóticos graves, disruptivos, frecuentes, y de difícil manejo en el entorno del ingreso hospitalario por descompensación clínica aguda.

Por su propia naturaleza y con independencia de la edad de quien los sufra, los fenómenos psicóticos son generalmente graves, persistentes en el tiempo, frecuentemente disruptivos, producen un gran sufrimiento al paciente y su entorno y tienen escasa tendencia a la remisión espontánea. Las circunstancias ligadas a la enfermedad médica aguda o a la hospitalización pueden inducir recaídas y descompensaciones que requieran atención urgente.

Los fármacos antipsicóticos han sido y siguen siendo la piedra angular del tratamiento de los síntomas psicóticos. Se han utilizado con diferente grado de efectividad para el tratamiento de síntomas psicóticos positivos como los delirios y las alucinaciones, de cuadros maníacos, depresivos uni y bipolares, de la ansiedad grave, agitación, irritabilidad, agresividad física y verbal, así como para algunas alteraciones graves del ciclo sueño-vigilia.

Si bien se han descrito múltiples interacciones y efectos adversos, se han intentado desarrollar fármacos más eficaces –algo conseguido sólo en parte– y más seguros.

El hecho de que existan unas u otras indicaciones oficiales no se corresponde siempre con la realidad de la verdadera utilidad de los distintos fármacos en sus potenciales indicaciones, dada la dificultad para la realización y/o ausencia de ensayos clínicos en población mayor, y es probablemente la razón más relevante por la que por ejemplo solo la risperidona tenga la indicación en las formas psicóticas de la enfermedad de Alzheimer en su ficha técnica.

Una cuestión relevante es la de las posibles alternativas a los tratamientos con antipsicóticos.



Para empezar siempre es recomendable y exigible empezar por un abordaje no farmacológico, preventivo, y de identificación de síndromes geriátricos infradiagnosticados que pudieran ser causa de los síntomas psicóticos. **Sin embargo en esta situación de alarma, aislamiento, escasez de recursos humanos y de tiempo, quizás sea difícil o imposible realizarlo.**

Algunas publicaciones señalan que grupos farmacológicos como los antidepresivos pueden ser una alternativa a los antipsicóticos en ciertas ocasiones.

**Por otro lado, en el entorno hospitalario, y frecuentemente en el seno de la exacerbación de la enfermedad aguda, pueden bien reactivarse síntomas psicóticos previamente compensados, o existir situaciones de delirium o delirium sobreimpuesto a demencia que exigen frecuentemente su uso.**

Actualmente y en ausencia de COVID19 las personas mayores de 65 años representan el 45,9% de todas las altas hospitalarias (Encuesta Nacional Morbilidad Hospitalaria 2018) y además son el grupo de edad que más frecuentemente sufre afectación grave que precisa ingreso hospitalario por COVID 19. Las personas mayores de 70 años suponen en España y a fecha del 24 de marzo, el 25% de los casos confirmados de COVID-19 y el 48,7% de los hospitalizados (Informe nº 55 del Ministerio de Sanidad de Actualización. Enfermedad por coronavirus (COVID-19)). Por otro lado, se dan circunstancias en el ingreso de las personas con infección por coronavirus que hacen muy difícil o imposible tanto el abordaje no farmacológico como la prevención del delirium e incluso su diagnóstico precoz, ya que el aislamiento, la imposibilidad para la estimulación sensorial, la incapacidad para establecer estrategias de comunicación y reorientación a la realidad y la incapacidad para mitigar el estrés emocional con la ausencia de cuidadores hacen que la incidencia de trastornos de agitación, inquietud psicomotriz, agresividad o psicosis sean frecuentemente esperables.

Diversas guías y la práctica clínica habitual suelen recomendar haloperidol, risperidona o quetiapina para el tratamiento agudo de estados de psicosis, agitación o agresividad grave en el contexto de la demencia. El tratamiento específico recomendado por los protocolos de COVID19 son lopinavir/ritonavir, cloroquina/hidroxiclороquina, y en casos seleccionados el interferón, el tocilizumab y remdesivir. Tanto lopinavir/ritonavir como hidroxiclороquina/cloroquina pueden prolongar el intervalo QT y ya de por sí interactúan entre sí aumentando este riesgo, por lo que la adición de un tercer fármaco con este efecto podría ser aún de mayor toxicidad y propiciar la aparición de arritmias y este hecho puede estar potenciado por el uso de haloperidol, risperidona o quetiapina, lo que hace que el uso de estos psicofármacos pueda ser problemático.

En los protocolos clínicos del tratamiento de la esfera psicótica, la agresividad o los trastornos del comportamiento en las personas mayores se consideran como principales alternativas los fármacos antipsicóticos, principalmente de segunda generación.

La escasa experiencia de uso de los fármacos COVID19 en personas de edad muy avanzada, especialmente en combinación con psicofármacos, promueve un escenario de incertidumbre, en el que se impone la búsqueda de alternativas terapéuticas.

Pero la necesidad clínica de prescribir conjuntamente fármacos experimentales para el COVID19 y psicofármacos claramente existe y las personas ingresadas por infección por COVID19, en aislamiento y en el entorno hospitalario –así como aquellas con tratamiento específico ambulatorio- necesitan un abordaje farmacológico racional que resuelva o palíe los síntomas de agitación psicomotriz o psicosis entre otros.



**Este documento pretende ayudar al clínico a tomar decisiones sensatas y lo más informadas posibles para esta frecuente y demandante encrucijada clínica, en una situación de incertidumbre pero de necesidad de respuesta asistencial.**

El documento aborda específicamente el uso de psicofármacos en personas mayores pero sus conclusiones, especialmente en lo referente a las interacciones, podrían ser extrapoladas a población más joven.

**Métodos:** se han revisado los protocolos de recomendación de antipsicóticos de la Sociedad Española de Psicogeriatría.

Se han revisado las interacciones potenciales y su grado de significación clínica, utilizando dos herramientas online de identificación de interacciones (portal de Medscape Interactions, disponible en <https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>, y portal de interacciones de [www.drugs.com](http://www.drugs.com) (Wolters Kluwer Health, American Society of Health-System-Pharmacists, Cerner Multum e IBM-Watson Micromedex) disponible en [www.drugs\\_interactions.html](http://www.drugs_interactions.html)) y las recomendaciones del grupo de interacciones medicamentosas de la Universidad de Liverpool disponibles en <http://www.covid19-druginteractions.org/>, identificando el riesgo de las mismas y por tanto la posibilidad de administrar dichos tratamientos, en caso de ser necesarios. En algunos casos, existiría la posibilidad de administración de algunos fármacos con dosis reducidas, por lo que se indica la dosificación posible.

**Se quiere hacer notar el carácter absolutamente excepcional de estas recomendaciones, que en circunstancias normales no serían de aplicación clínica en personas mayores ingresadas en el hospital con agitación psicomotriz o delirium, y su circunscripción únicamente a las personas tratadas con lopinavir/ritonavir/cloroquina/hidroxicloroquina por infección concomitante por coronavirus-COVID-19.**

#### **Resultados:**

Al contrario que Lopinavir/ritonavir, Remdesivir (empleado en Unidades de Cuidados Intensivos-UCI) solo interacciona de manera significativa con: Carbamazepina, Oxcarbamazepina (moderado), Fenobarbital, Fenitoína, Primidona, pudiendo disminuir el efecto del remdesivir.

Tocilizumab tampoco presenta gran problema con prácticamente ninguno de los psicofármacos de uso común, salvo con carbamazepina (tocilizumab disminuye nivel y efecto de la carbamazepina vía CYP450, por lo que podría ser necesario aumentar dosis de carbamazepina, según los niveles sanguíneos obtenidos, por lo que se recomienda monitorizar niveles en sangre).

Tocilizumab también interacciona de manera significativa con midazolam y triazolam pudiendo disminuir los niveles de estos fármacos.

La siguiente tabla resume las interacciones más significativas de lopinavir/ritonavir, cloroquina e hidroxicloroquina sulfato con los psicofármacos más comunes de uso en personas mayores. Las dosis recomendadas están dirigidas a personas mayores.

**Se ha establecido un código de colores tipo semáforo, en el que el rojo significa contraindicado o evitar, el naranja alto riesgo y evitar salvo que sea imprescindible, el amarillo precaución y el verde no contraindicado. Dentro del verde, se han codificado en verde claro los no contraindicados pero tampoco indicados de primera elección y en verde intenso los recomendados como opción preferente.**



Fármaco	Dosis habitual/ disponible parenteral	Interacción LOP/r Lopinavir/ritonavir (LOP/r)	Interacción Cloroquina (QC)	Interacción Hidroxicloroquina sulfato (HCQ)	Interacción Tocilizumab	Contraindicado	Aceptado con dosis reducida
<b>ANTIPSICÓTICOS</b>							
Haloperidol	1-2,5mg oral o Parenteral iv/im	Ritonavir+haloperidol ambos aumentan el intervalo QTc. Ritonavir aumenta el nivel o efecto de Haloperidol por afectación del metabolismo hepático vía CYP450-2D6 por inhibición competitiva por ritonavir.	Cloroquina aumenta efecto y nivel haloperidol vía CYP2D6 Aumento QT Grave	Aumenta QTc sobreañadido al efecto de LOP/r y HCQ sobre QT	NO interacción	Contraindicado ALTO RIESGO torsade y muerte súbita, especialmente en administración iv. La dosis real equivale al doble de la administrada	NO Alto Riesgo QT. Monitorización ECG continua Si se usa alto Riesgo de muerte súbita, torsade de pointes
Risperidona	Oral, 1,25-3,5mg/día Esquizofrenia/TDC Oral, 0,125-2mg Demencia	Ritonavir aumenta niveles de risperidona y su efecto mediante interacción a nivel transportador p-glycoprotein (MDR1) Ritonavir aumenta efecto de risperidona mediante reducción de su metabolismo por inhibición competitiva CYP450-2D6 por ritonavir. Lopinavir: prolongación QTc con efectos aditivos, alto Riesgo de arritmias ventriculares	Cloroquina aumenta efecto y nivel risperidona vía CYP2D6 Aumento QT moderada	Aumento QT Contraindica Lopinavir HCQ y risperidona aumentan QTc.	NO interacción	Alto Riesgo Efectos aditivos con lopinavir/hidroxicloroquina o cloroquina. Mayor riesgo si Sd congénito de QT largo, cardiopatías, alteración hidroelectrolítica (hipokalemia, hipomagnesemia) Impredecible	Debería evitarse o administrar dosis reducida solo si imprescindible Vigilar ECG, mareo, palpitaciones, cefalea, disnea o síncope Dosis máxima 0,5 mg /Día
Paliperidona	3-6mg/día dosis Ajuste insuf renal SOLO ORAL o im acción prolongada No se puede partir dosis 3mg	Ritonavir aumenta el nivel y efecto de paliperidona mediante interacción a nivel transportador p-glycoprotein (MDR1)	Aumento QT moderado, Uso concomitante de varios fcos que aumenten el QT añade riesgo aditivo	Aumento QT leve	NO interacción	No contraindicación en personas que ya lo tomen previamente REDUCIR DOSIS	Mantener si lo tomaba previamente, con precaución y dosis reducida de 3mg Precaución 3mg puede ser dosis alta para paciente frágil o con demencia
Tiaprida	25-100mg Disponible Presentación iv	Lopinavir: Aumento QTc	Aumento QTc	Aumento QTc	NO interacción	NO interacción	Efecto aditivo aumento de QT. No recomendado
Olanzapina	2,5-15 mg/día Disponible presentación im Excepcionalmente iv	Ritonavir disminuye niveles de olanzapina aumentando su metabolismo (ajuste dosis al alza) mediante inducción de enzimas CYP450-1A2 y uridin-5' difosfatoglucuronosiltransferasa.	Aum QTc leve incierta o leve significación clínica	Aumento QTc leve incierta o leve significación clínica	NO interacción	NO Buena opción en agitación aguda.	Buena opción Recomendado inicio por 2,5mg y subidas de 2,5 en 2,5mg, máx 15 mg Excepcionalmente se puede poner iv, mejor im.
Aripiprazol	2-15 mg/día Oral en comp Oral en solución (fácil ajuste de dosis) Oral en velotabim de liberación rápida, dosis 7,5mg	Ritonavir eleva niveles o efecto de aripiprazole mediante interacción metabolismo CYP3A4 y CYP2D6 Interacción leve Si administración con inhibidores de CYP450-3A4 podría aumentar las concentraciones de aripiprazol que se metaboliza parcialmente por esa isoenzima. Podría aumentar niveles hasta un 63% (aripiprazol)-77% (D-hidro-aripiprazol) Lopinavir: efecto aditivo sobre QT incierta o leve, no contraindica	Cloroquina eleva nivel o efecto de aripiprazol vía CYP2D6 (leve) Requiere ajuste de dosis)	Aumento QT incierto o leve Significación clínica escasa o incierta	NO interacción	NO Buena opción en agitación aguda, existe presentación intramuscular.  POCO EFECTO EXTRAPIRAMIDAL Y ANTICOLINÉRGICO: DE ELECCIÓN EN INICIO AGUDO	Dosis reducida al 50% con ritonavir, no con el resto. Dosis de inicio 1mg vo oral. Existe en solución oral (disfagia) e im Dosis 1-2 mg im (existe presentación de 7,5 mg im, podría administrar dosis de 2,5 mg im en ausencia de la vía oral)

Quetiapina	12,5-300 mg/día	Ritonavir eleva el nivel y efecto de quetiapina mediante interacción metabolismo CYP-450-3A4 y 2D6 Lopinavir y quetiapina aumentan recíprocamente toxicidad aditiva sobre aumento QTc	Moderada: aumento QT (evitar o disminuir dosis)	Aumento QTc contraindica	NO interacción	SI CONTRAINDICADA En paciente con dosis previas, disminuir a 1/6 si dosis altas (Esquizofrenia, etc) No de nuevo inicio (delirium, demencia) ALTO RIESGO arritmogénico	NO EVITAR En algunas guías recomiendan disminuir dosis a 1/6 de la habitual (pacientes Esquizofrénicos adultos más jóvenes con dosis altas)
Ziprasidona	20-60mg vo	Ritonavir eleva el nivel y efecto de ziprasidona mediante inhibición metabolismo CYP3A4 en 1/3 Lopinavir contraindicado ppr aumento QTc efecto aditivo	Grave: aumento QT	Aum QTc grave Efecto aditivo evitar	NO interacción	SI CONTRAINDICADO	NO CONTRAINDICADO
Amisulprida	Vo 100-300mg/d	No interacción	No interacción	No interacción SIGNIFICATIVA Aumento QT significativo de significación clínica incierta	NO interacción	NO, se puede mantener en los que lo estuvieran tomando ya, no es la mejor opción de inicio agudo	Utilizar con precaución  NO INDICACIÓN DE INICIO AGUDO
Clozapina	Vo, 12,5-50mg/día	Ritonavir eleva el nivel o efecto de clozapina mediante inhibición metabolismo CYP3A4 y 2D6 Lopinavir: efecto aditivo Aum QTc	Riesgo incrementado de Agranulocitosis	Aum QTc grave Efecto aditivo evitar	NO interacción	NEUTROPENIA GRAVE frecuente en COVID Toxicidad hematológica aditiva	CONTRAINDICADA
<b>ANTIDEPRESIVOS Y FÁRMACOS UTILIZADOS COMO ESTABILIZADORES DEL HUMOR</b>							
Sales de litio	VO, dosis según litemia	Aumenta QT con Lopinavir Puede producir arritmias y potencialmente fatal, pero frecuencia baja	Aumenta QT Puede producir arritmias y potencialmente fatal, pero frecuencia baja	Aumenta QT Puede producir arritmias y potencialmente fatal, pero frecuencia baja		No inicio en situación aguda Alto Riesgo de arritmias Contraindicado en Sd QT congénito, cardiopatías, arritmias, alteración electrolíticas (hipomagnesemia o hipokalemia por diarrea o vómitos)	En situación aguda se puede discontinuar o tomar dosis infraterapéutica 2-4 semanas medir litemia. NOTA: el efecto del litio es a largo plazo, se podría discontinuar 14-30 días o reducir dosis.
Valproico (VPA)		Ritonavir: Podría reducir niveles de VPA mediante inhibición mediante proteasas de CYP 450 sobre todo glucuronosiltransferasas que incrementa el metabolismo de VPA Lopinavir: podría reducir niveles plasmáticos y efectos terapéuticos de VPA	Moderado: Cloroquina puede disminuir el umbral convulsivo lo que puede antagonizar la acción de los antiepilépticos (mecanismo incierto)	No interacción	No interacción	NO No discontinuar en los que lo tomaban previamente Información discordante, en el grupo de Liverpool (tabla) aumento 38% niveles. En resto, reducción metabolismo.	No discontinuar pero no de elección en inicio agudo
Carbamacepina (CBMZ)	VO 100-1200mg/d IV	CBMZ aumenta el metabolismo de LOP/r disminuyendo su acción antiretroviral y LOP/r disminuye el metabolismo de CBMZ via CYP450-3 A4 con aumento de niveles y toxicidad.	Moderado: cloroquina disminuye efecto de carbamazepine y puede aumentar el umbral convulsivo	NO interacción	Disminuye dosis de CBMZ via CYP450	SI: CONTRAINDICADA Efectos adversos podrían continuar durante semanas	Discontinuar, no iniciar Si imprescindible disminuir dosis CBMZ
Lamotrigina	vo 25-100mg	Lopinavir y Ritonavir: disminuye niveles y efectos de lamotrigina aumentando su metabolismo en un 50%.	Moderado: cloroquina disminuye efecto de lamotrigina y puede aumentar el umbral convulsivo	NO interacción	NO interacción	NO Podría aumentar el PR Efecto moderado	Podría necesitar subida de dosis 50%



Topiramato	vo	Topiramato puede disminuir el efecto del Lopnavir/Ritonavir mediante interacción CYP 450-3A4	Moderado: cloroquina disminuye efecto de topiramato y puede aumentar el umbral convulsivo	NO interacción	NO interacción	NO	No discontinuar, SEGURO
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>							
Vortioxetina	Vo dosis 5-20mg	Lopinavir/Ritonavir aumenta niveles de vortioxetina por inhibición metabolismo CYP-450-2D6	NO interacción	No interacción	NO interacción	No contraindica pero ajuste de dosis En Drugs.com refieren Posible Sd serotoninérgico	Disminuir dosis de vortioxetina 50%
Desvenlafaxina	Vo 50-100mg	Lopinavir/Ritonavir aumenta niveles de venlafaxina mediante interacción CYP-450-3A4 Use caution/monitor.	NO interacción	No interacción	NO interacción	No discontinuar si es necesario, potencial toxicidad aumentada, reducir dosis	Reducir dosis 50%, se puede usar con precaución. REDUCIR DOSIS
Venlafaxina	Vo 37,5-150mg	Lopinavir/Ritonavir aumentan niveles de venlafaxina mediante interacción CYP-450-3A4 metabolism. Ritonavir: Mayor interacción en metabolizadores lentos CYP-450-2D6 (7% caucásicos y 2% afroasiáticos) Podría aumentar niveles en un 20% y 70% en metabolizadores lentos 2D6. Lopinavir: aumento QTc	NO interacción Drugs.com advierte de discreto aumento QTc	Aumento QTc moderado Efecto aditivo.	NO interacción	No discontinuar si es necesario. Posible efecto arritmogénico vía efecto noradrenérgico o QTc	Reducir dosis 50%, se puede usar con precaución. REDUCIR DOSIS.
Duloxetina	Vo 30-120mg	Ritonavir pueden aumentar efecto duloxetina mediante interacción CYP-450-2D6	Drugs.com advierte de discreto aumento QTc Podría aumentar niveles de duloxetina vía inhibición CYP2D6	No interacción	NO interacción	NO Podría producir mayor HTA, taquiarritmias y sd serotoninérgico o noradrenérgico (raro)	NO precisa discontinuar, valorar bajar dosis si otros noradrenérgicos o inhibidores CYP 2D6
Mirtazapina	Vo 7,5-45mg	Lopinavir aumenta niveles de mirtazapina via CYP3A4 y efecto sobre el QT aditivo  Ritonavir eleva niveles de mirtazapina via CYP3A4 1º, 2D6 y/o 3A4  El efecto eleva el 50% niveles de mirtazapina	Aumento QT leve. Efecto teórico y de escasa significación clínica	Aumento QT leve, efecto teórico y de escasa significación clínica	No interacción	NO. Vigilar excesivo efecto Mayor riesgo QT si sd congénito de QT largo, cardiopatías, alteración hidroelectrolítica (hipokalemia, hipomagnesemia) Impredecible.	Se puede dar, pero REDUCIR DOSIS 50% Inicio en 3,25mg-7,5mg, máximo 15mg VIGILAR sedación y efecto respiratorio El efecto QT es dosis-dependiente
Sertralina	Vo 25-100mg	Ritonavir aumentará dosis y niveles de sertralina por disminución del metabolismo via CYP450-3 A4. Aumenta 3 veces los niveles (200%) Lopinavir: aumenta QTc	Aumento QTc moderado	Aumento QTc moderado	NO interacción	NO Efectos aditivos con lopinavir/hidroxicloroquina. Mayor riesgo si sd congénito de QT largo, cardiopatías, alteración hidroelectrolítica (hipokalemia, hipomagnesemia) Impredecible	Aumento Riesgo Sd serotoninérgico y QTc No contraindicado: vigilar toxicidad DISMINUIR DOSIS
Citalopram/ Escitalopram	Vo 5-30mg	Ritonavir aumenta los niveles citalopram interacción via CYP3A4 Lopinavir: Aumento QTc	Aumenta QTc GRAVE Efecto aditivo	Aumenta QTc GRAVE Efecto aditivo	NO interacción	CONTRAINDICADO DOSIS DEPENDIENTE Además depresión respiratoria sobre todo personas mayores o gravedad .	CONTRAINDICADO o monitorizar ECG ALTO RIESGO muerte súbita. Torsade de pointes
<b>ANSIOLÍTICOS Y BENZODIACEPINAS</b>							
Lorazepam o Lormetazepam	VO 0.25-1mg Vo	no interacción	NO interacción	no interacción	NO	NO Precaución por insuficiencia respiratoria	SI, precaución por insuficiencia respiratoria



Clorazepato	Vo, iv	Ritonavir puede aumentar efecto o nivel de Clorazepato via inhibición metabolismo CYP450-3A4	NO interacción	No interacción	NO interacción	NO PODRÍA AUMENTAR EFECTO SEDACIÓN precaución por insuficiencia respiratoria	Si, Disminuir dosis o usar alternativas UTILIZABLE CON CUIDADO SI NECESARIA LA VÍA PARENTERAL
Midazolam	1-10 MG Vo, sc, iv	Ritonavir: Aumenta concentrac plasmáticas midazolam y aumenta riesgo sedación (inhibición metabolismo via CYP3A4) Efecto grave con inhibidores de la proteasa. Oral o parenteral Midazolam disminuye efecto o nivel de ritonavir mediante transportador p-glicoprotein MDR1	NO interacción	NO interacción	Moderado: podría disminuir niveles de midazolam	SI ALTISIMO RIESGO DEPRESION RESPIRATORIA	NO: evitar Aumento sedación grave, precaución respiratoria SALVO EN UVI
Triazolam	Vo 0,125-0,25mg	Ritonavir Aumento concentrac plasmáticas de triazolam y riesgo sedación via CYP 450 3A4 Efecto grave con inhibidores de la proteasa. Oral o parenteral	Moderado: efectos aditivos o sinérgicos sobre SNC sobre todo en personas mayores aumento de sedación/depresión respiratoria	NO interacción	Moderado: podría disminuir niveles de triazolam	SI ALTISIMO RIESGO DEPRESION RESPIRATORIA	NO: evitar Aumento sedación grave, precaución respiratoria
Diacepam	Vo, sc, iv	Lopinavir/ritonavir aumentan efecto y nivel de Diacepam mediante via CYP-450-3A4	NO interacción	NO interacción		SI PODRÍA AUMENTAR EFECTO SEDACIÓN precaución por insuficiencia respiratoria	NO: evitar o disminuir dosis Aumento sedación grave, precaución respiratoria por aumento sedación/insuf resp
<b>OTROS FÁRMACOS UTILIZADOS COMO ANSIOLÍTICOS/HIPNÓTICOS O PARA LA INQUIETUD O AGITACIÓN PSICOMOTRIZ</b>							
Trazodona	Vo /iv 25-100mg como inductor del sueño Ampollas 100mg, comp 100mg	Trazodona disminuye el efecto o nivel de ritonavir mediante interacción con el transportador p-glycoprotein (MDR1) Ritonavir aumenta el nivel o efecto de trazodona mediante interacción metabolismo CYP-450-3A4 pero podría ajustarse las dosis	Aumenta QT: moderado Puede producir arritmias y potencialmente fatal. Mayor riesgo depresión respiratoria Contraindicado en Sd QT congénito, cardiopatías, arritmias, alterac electrolíticas(hipomagnesemia o hipokalemia por diarrea o vómitos)	Aumenta QT pero el efecto es leve o clínicamente no significativo a dosis 25-50mg	NO interacción	NO contraindica. Se puede usar con reducción de dosis. Útil via oral o iv. Útil como inductor del sueño. Precaución en Insuficiencia respiratoria severa.	Con reducción de dosis de inicio a 25mg podría usarse. REDUCCIÓN DOSIS 50-75%
Gabapentina	VO 100-1200mg	No interacciona	Moderado. Cloroquina puede disminuir la efectividad de gabapentina	No interacción	NO interacción	No Útil en ansiedad, insomnio, y agitación en demencia puede ser de elección	Elección vía oral y síntomas leves o moderados
Pregabalina	Vo 25-100mg	No interacción	Moderado. Cloroquina puede disminuir el umbral convulsivo	No interacción	NO interacción	NO. Útil en ansiedad, insomnio, y agitación en demencia puede ser de elección	Elección vía oral y síntomas leves o moderados

Legenda: vo Vía oral IV vía intravenosa, IM vía intramuscular. mg miligramos QTC Intervalo QT corregido

## **Conclusiones.**

**Recomendaciones sobre la adecuación de la prescripción de psicofármacos en personas mayores afectas por coronavirus (COVID-19) y tratadas con algunas de las medicaciones experimentales (lopinavir/ritonavir, hidroxicloroquina/cloroquina, tocilizumab/remdesivir) que presentasen previamente trastornos psicóticos o los inicien durante la estancia hospitalaria o la enfermedad aguda.**

**Haloperidol, risperidona y quetiapina, fármacos habitualmente utilizados para esta indicación, están contraindicados** en el contexto de los tratamientos experimentales para el COVID-19. Tienen alto riesgo de reacciones adversas mediadas por el incremento del intervalo QTc además de interacciones a nivel de citocromos con potenciales reacciones adversas graves. **NO SE RECOMIENDA SU UTILIZACIÓN.**

**1. En la situación de infección respiratoria aguda COVID19, de personas mayores que tuvieran previamente un trastorno psicótico estable, bien controlado con medicación oral, pero que precisen por situación urgente tratamiento con lopinavir/ritonavir, hidroxicloroquina o tocilizumab:**

- Si el tratamiento previo está contraindicado tratar de cambiar por una de las siguientes opciones:

1.A. Si ansiedad, insomnio, incluso agitación en psicosis se pueden recomendar, de primera elección, gabapentina o pregabalina. Con reducción de dosis entre 50 y 75% se podrían usar mirtazapina (3,25-15mg) o trazodona (25-50mg).

1.B. Si es imprescindible una benzodiacepina, por dependencia previa, se podría usar loracepam siempre que no exista insuficiencia respiratoria aguda grave con vigilancia de los efectos sobre la depresión respiratoria.

1.C. Si es necesario un antipsicótico de perfil sedante, se podría utilizar Olanzapina 2,5-7,5mg/día. Existe presentación oral, intramuscular (indicación preferente si vía parenteral necesaria) y en circunstancias excepcionales intravenosa. Dosis máxima 15mg/día.

1.D. Si es necesario un antipsicótico de perfil incisivo, se podría recomendar Aripiprazol a dosis reducidas, vía oral (perfil de efecto activador, se recomienda para trastornos psicóticos graves de predominio diurno). Existe presentación oral en solución si disfagia. Existe presentación intramuscular si la vía oral no estuviera disponible. Existe administración intramuscular de liberación rápida para rescates en presentación de 7,5 mg, se podría empezar por 2,5mg y ver respuesta.

1.E. En última opción se podría recomendar Paliperidona, teniendo en cuenta que la dosis de inicio de 3mg es alta para pacientes frágiles o con demencia. Podría utilizarse en síntomas psicóticos refractarios que precisen dosis altas. Existe posología vía oral.

**2. Recomendaciones para la elección de antipsicótico en el tratamiento de personas de edad avanzada sin síntomas psicóticos previos, que desarrollan síntomas psicóticos en el curso de la infección aguda por coronavirus- COVID 19 con o sin ingreso hospitalario.**

**NOTA: Descartar síndromes geriátricos tratables como estreñimiento, deshidratación (manejo cuidadoso debido al riesgo de edema intersticial), dolor, ansiedad, u otros.**

**NOTA para insomnio o ansiedad: el propio tratamiento con lopinavir/ritonavir puede producirlos.**

2.A. Si ansiedad, insomnio, o inquietud psicomotriz el tratamiento de elección serían gabapentina o pregabalina como primera elección. Inicio de dosis en 100mg-300mg de gabapentina y 25 de pregabalina. Con reducción de dosis entre 50 y 75% se podría usar mirtazapina (3,25-15mg) o trazodona (25-50mg).



2.B. Si es imprescindible una benzodiacepina, lorazepam (0.5-1mg) o lormetazepam (0.5-2mg) con vigilancia de la insuficiencia respiratoria. Si necesidad de tratamiento parenteral, clorazepato a dosis reducidas con vigilancia de la situación respiratoria.

2.C. Si insomnio el tratamiento de elección podrían ser lorazepam (0.5-1mg) o trazodona (25mg), con precaución por el efecto respiratorio.

2.D. Si síntomas psicóticos claros, aripiprazol (perfil más incisivo, administración diurna, dosis de inicio 1-5mg), olanzapina (perfil más sedante, administración nocturna, dosis de inicio 2,5mg) o paliperidona (oral, tercera elección, de rescate, aunque la dosis inferior de 3mg puede ser alta en determinados pacientes vulnerables). Si existe necesidad de tratamiento de administración parenteral, olanzapina o aripiprazol intramuscular con ajuste de dosis según respuesta.

### **3. Recomendaciones para el tratamiento de la depresión con síntomas psicóticos en personas de edad avanzada y tratamiento específico para infección por COVID 19.**

**3.A. Antidepresivos.** En los trastornos depresivos con síntomas psicóticos, la suspensión brusca del antidepresivo puede ocasionar una recidiva severa del mismo por lo que se aconseja cambiar la prescripción a alguno de los fármacos que tienen menos posibilidad de interacción: duloxetina, vortioxetina, o sertralina temporalmente hasta la suspensión del tratamiento antirretroviral.

Si asocian insomnio o ansiedad, manejar con mirtazapina a dosis reducidas al 50% para evitar otro fármaco. Si ya tomaban mirtazapina, reducir dosis 50%.

Si están en tratamiento con venlafaxina/desvenlafaxina, se recomienda reducción de dosis al menos al 50% y vigilar efectos noradrenérgicos, serotoninérgicos y aparición de complicaciones cardiovasculares: hipertensión arterial o taquiarrimias (fibrilación auricular).

**3.B. Si precisan o están en tratamiento con estabilizadores del estado de ánimo: valorar efecto arritmogénico de litio o valproato. Se recomienda reducir dosis de litio al menos al 50% y/o mantener dosis de valproico. Mantener estos tratamientos y ajustar la dosis. Cambio de la prescripción si el fármaco habitual está contraindicado.**

### **4. Demencia y Síntomas Psicóticos.**

**En principio, los pacientes con demencia leve-moderada o no diagnosticada, podrían ser candidatos a tratamiento con tratamiento específico con antirretrovirales, y estarían en riesgo de exacerbación de trastornos de conducta o desarrollo de delirium intrahospitalario tanto por la propia enfermedad como por el aislamiento y el perfil de efectos secundarios.**

**4.A.** Para el insomnio o ansiedad se podrían utilizar gabapentina (inicio 100-300mg) o pregabalina (inicio 25mg), lorazepam (inicio 0,5mg). Con reducción de dosis entre 50 y 75% se podría usar mirtazapina (3,25-15mg) o trazodona (25-50mg).

**4.B.** Para los trastornos psicóticos, podrían utilizarse aripiprazol (primera elección, perfil incisivo y activador, diurno, dosis de inicio 1-5mg) olanzapina (primera elección perfil sedante, nocturno, dosis de inicio 2,5-5mg), paliperidona solo de rescate si son necesarias dosis altas y la vía oral está disponible (tercera elección, la dosis inferior de 3mg podría ser excesiva en pacientes muy vulnerables, o de bajo peso). Si es preciso tratamiento vía parenteral se podría utilizar dosis reducidas de aripiprazol intramuscular de liberación rápida (inicio dosis 2,5mg, que es un tercio de la dosis de 7,5mg de liberación rápida intramuscular) u olanzapina intramuscular (dosis de inicio 1,25mg) en primer lugar y, en circunstancias excepcionales, intravenosa si es preciso.



**Autores:**

Esteve Arrien, Ainhoa. Médico especialista en Geriátria. Sección de Geriátria. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Luis Agüera Ortiz. Médico especialista en Psiquiatría. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

Sagrario Manzano Palomo. Médico especialista en Neurología. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

**BIBLIOGRAFÍA.**

1. Lai CC, Shih TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease 2019 (COVID19): The Epidemic and the Challenges. *Int J Antimicrob Agents* 2020; 55(3): 105-924. DOI: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105924
2. Gautret P, Lagier JC, Parola P, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID 19: results of an open-label non-randomized trial. *INT Journal of antimicrobial agents*- In press March 2020. DOI:10.1016/j.ijantimicag.2020.105949
3. Agüera-Ortiz L, Moriñigo-Dominguez A, Olivera-Pueyo J, Pla-Vidal J, Azanza JR. Documento de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre el uso de antipsicóticos en personas de edad avanzada. *Psicogeriatría* 2017; 7 (Supl 1): S1-S37
4. Sociedad Española de Psicogeriatría, 2020. Documento de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre el Uso de Antipsicóticos en Personas de Edad Avanzada. Online. Disponible en <file:///C:/Users/porti/Downloads/Documento%20SEPG%20antipsicoticos.pdf> (última consulta 23.3.2020)
5. Agüera-Ortiz LF. Consenso de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre la depresión en el anciano. 2ª Edición. Barcelona, 2020. ISBN 978-84-09-13470-0
6. Angora-Cañego R, Esquinas-Requena JL, Agüera-Ortiz L. Guía de selección de psicofármacos en el anciano con patología médica concomitante. *Psicogeriatría* 2012; 4(1): 1-19
7. Khorassani F, Saad M. Intravenous Olanzapine for the Management of Agitation: Review of the Literature. *Annals of Pharmacotherapy*; 53(8):853-859 DOI: 10.1177/1060028019831634 [journals.sagepub.com/home/aop](http://journals.sagepub.com/home/aop)
8. Herramienta online de interacciones medicamentosas de [www.drugs.com](http://www.drugs.com) (Wolters Kluwer Health, American Society of Health-System-Pharmacists, Cerner Multum e IBM-Watson Micromedex) Disponible en [www.drugs\\_interactions.html](http://www.drugs_interactions.html)
9. University of Liverpool. Interactions with experimental COVID-19 Therapies. Published in [www.covid19-druginteractions.org](http://www.covid19-druginteractions.org) Vestion 20-march 2020 (last update) (última consulta 22.Marzo.2020)
10. Herramienta online de interacciones medicamentosas de Medscape disponible en <https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker> (última consulta 22.Marzo.2020)
11. Documento del Ministerio de Sanidad Actualización N° 55. Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) 25.3.2020. Disponible en [https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion\\_55\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_55_COVID-19.pdf) (última consulta 25.Marzo.2020)
12. Hereu P, Vallano A, Uso de antipsicóticos en pacientes con demencia. *Revista Española de Geriátria y Gerontología* 2011;46(1):50-53 DOI: 10.1016./j.regg.2010.11.003