

**PLAN DE RESPUESTA ASISTENCIAL PRIORITARIA
EN SALUD MENTAL
EN LA CRISIS POR COVID19**

Mayo 2020



**Oficina Regional de Coordinación de
Salud Mental y Adicciones**





*“Una adversidad
es una herida que se escribe en nuestra historia,
pero no es el destino”*

Boris Cyrulnik



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

Índice:

1. MARCO Y CONTEXTO	3
2. METODOLOGÍA	5
3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN	6
• INFECCIÓN POR EL NUEVO CORONAVIRUS COVID19	6
• IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA SALUD MENTAL	11
• SITUACIÓN DE PARTIDA Y RESPUESTA EN SALUD MENTAL EN LA CRISIS	18
4. RESPUESTA ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL	28
5. SEGUIMIENTO DE LA CRISIS	34
6. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA	37
7. FICHA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	41
• ANEXO. NUEVAS CONTRATACIONES DERIVADAS DEL REFUERZO EN SALUD MENTAL EN LA CRISIS POR COVID 19	42

▶ 1. MARCO y CONTEXTO

La crisis de salud pública actual por COVID 19, fue declarada por la OMS pandemia el pasado 11 de marzo, obligando a los países a tomar medidas para frenar al virus y controlar la epidemia como **cuarentena** en población general y **aislamiento** de pacientes en **domicilio u hospital**. Estas medidas, unidas al elevado riesgo de **exposición de profesionales**, situaciones de mayor tensión e incertidumbre, suponen un aumento de estrés de la población y desencadena reacciones de ansiedad a corto plazo, agravamiento de problemas mentales existentes y generación de casos nuevos en el medio y largo plazo (Brooks 2020).

Según recomienda el Comité Permanente Interinstitucional de Naciones Unidas para la asistencia humanitaria, las actuaciones en **Salud Mental y Apoyo Psicosocial** han de ser un componente central de cualquier respuesta de Salud Pública (IASC 2020) y forman parte de la estrategia integral dirigida a prevenir las infecciones, salvar vidas y reducir al mínimo sus efectos que aconseja la OMS (WHO 2020).

Desde la Oficina Regional de Salud mental y Adicciones (ORCSMyA) se vienen realizando, durante la crisis, múltiples actuaciones en coordinación con los Servicios y áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental y otras entidades. En el documento interno **Guía de Actuaciones en Psiquiatría, Salud mental y apoyo psicosocial en la pandemia por COVID19**, (ORCSMyA 2020) se recogen y actualizan dichas actuaciones, con las sucesivas medidas y adaptaciones en marcha, que se unen a otras iniciativas desarrolladas desde diversos organismos y administraciones con el mismo fin. En esta Guía se han establecido tres líneas de acción: LINEA 1 DE ACCIÓN. Actuaciones organizativas en contexto de crisis, LINEA 2 DE ACCIÓN. Actuaciones de promoción y prevención de la salud mental y de atención a población vulnerable durante la crisis. **LINEA 3 DE ACCIÓN. Plan de respuesta asistencial prioritaria en Salud Mental a la crisis por COVID-19**, como resultado del análisis de necesidades en salud mental consecuencia de la crisis, que se desarrolla en el presente documento. Si bien se espera que las medidas de prevención y atención desarrolladas hasta ahora tengan un efecto preventivo y contenedor, en parte, de la problemática mental esperable a medio y largo plazo, es muy importante anticiparse, en base a otras experiencias y al conocimiento de las intervenciones de la organización, con el fin de **planificar una respuesta adecuada desde el sistema a las nuevas necesidades**.

El 13 de mayo de 2020 **Naciones Unidas** publica un documento específico (United Nations 2020) que pone de relieve la **necesidad de actuar en materia de salud mental en la crisis por COVID-19**, con la que la Guía de Actuaciones coordinada desde la ORCSMyA se encuentra alineada.

Para este periodo de “recuperación” de la crisis epidemiológica en cuanto al número de contagios y afectación en morbilidad de la enfermedad por coronavirus, se proponen tres elementos de acción en Salud Mental, según Naciones Unidas:

- Promoción de la salud mental desde un **enfoque poblacional**, en las actuaciones de crisis en diferentes sectores, de cara al mantenimiento de la cuarentena en momentos posteriores. Hace referencia a la inclusión en las políticas públicas en diferentes ámbitos de actuaciones de promoción en los entornos de aprendizaje y crianza en el hogar, así como a reducción de factores que aumentan en la pandemia y contribuyen a incrementar los problemas de salud mental, como la violencia doméstica.

- Por otra parte, se estima necesario cubrir la **atención de emergencia a los problemas de salud mental, y psicosocial** (con actuaciones realizadas durante la crisis en la Comunidad de Madrid como el apoyo psicosocial a personas mayores, la teleasistencia a profesionales y personas en casa, la garantía de atención a personas con trastorno mental grave, en muchos casos presencial, y la protección de los derechos en cuanto a la atención por COVID19 en igualdad de condiciones de las personas con problemas mentales, que se mantendrán también en la crisis)

- La tercera propuesta del documento de Naciones Unidas habla de la **oportunidad de construir** una organización de atención a la salud mental para el futuro, de calidad, para apoyar la **recuperación de la sociedad**, lo que requiere de una **inversión específica**, dirigida a tres focos: 1. Atención a los profesionales sanitarios 2. Refuerzo de los servicios comunitarios, y 3. Participación de los usuarios y valoración de la experiencia en primera persona.

El actual **Plan de Respuesta asistencial prioritaria en Salud Mental en la crisis por COVID19**, recoge el **compromiso de inversión extraordinaria** en la atención a la **Salud Mental** del Servicio Madrileño de Salud como forma de **minimizar consecuencias** y **reparar daños** en la crisis por COVID19 y como oportunidad para **continuar construyendo** un sistema de atención de calidad para el futuro, siguiendo el modelo comunitario, en línea con la senda de inversión reciente del **Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020** (ORCSM 2018).

Por otra parte, el compromiso con la **participación del usuario y los familiares** incluido en las necesidades en Salud Mental según Naciones Unidas en la crisis actual, se mantiene por parte del Servicio Madrileño de Salud, siguiendo igualmente el Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020 en su línea 9, que se retomará en el actual periodo de recuperación y reparación, considerando y adaptándose a la actual crisis por COVID19.

El presente plan establece actuaciones prioritarias con inversión en recursos humanos enfocadas a la atención a los profesionales sanitarios y al incremento de necesidades en salud mental de mayor complejidad en población general de adultos y adolescentes.

▶ 2. METODOLOGÍA

Dentro de las actuaciones desarrolladas desde la Oficina ORCSMyA durante la pandemia por COVID19, en el ámbito de la planificación, desde mediados del mes de abril se inicia el estudio para la estimación de necesidades asistenciales en materia de salud mental, con objeto de minimizar las consecuencias de la crisis y reparar los daños.

El objetivo que se plantea es estimar las necesidades en salud mental por crisis COVID19 y establecer una propuesta de recursos humanos prioritarios para dar respuesta asistencial a esas necesidades aumentadas, tanto en número de profesionales de salud mental, como en dispositivos de atención y distribución en los Servicios y Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental.

Para ello se asume como escenario de partida la imprescindible ejecución de todas las nuevas acciones del Plan Estratégico de Salud mental 2018-2020 (PSM2018-2020), incluidas las de 2020, aprobadas en Consejo de Gobierno en Abril de 2018, en base a las necesidades básicas detectadas entonces y aún vigentes.

El presente dimensionamiento de necesidades extraordinarias adicionales a las ya incluidas en el PSM2018-2020 parte de tres premisas: 1. Previsible aumento de la demanda por el incremento de prevalencia de trastornos mentales ligado a situaciones de crisis de salud pública como la actual por COVID19, 2. Previsible impacto en profesionales sanitarios y de apoyo a la labor asistencial, también de salud mental, de esta sobrecarga física y mental y 3. Previsible aumento del volumen de actividad asistencial demorada por la situación de crisis.

Se realiza una revisión de la evidencia y experiencias que nos permite una estimación de las necesidades, identificación de poblaciones específicas de interés, y traducción en demanda aumentada y cronología de la demanda, tal y como se recoge en el análisis de situación y en el apartado de necesidades detectadas.

Para el dimensionamiento de la necesidad y por tanto de la respuesta asistencial global y la distribución de los profesionales requeridos en los diferentes Servicios o Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental en la actual crisis COVID19, se han considerado los siguientes criterios

de morbilidad, impacto socioeconómico según vulnerabilidad de las poblaciones y de situación de partida asistencial:

- **Impacto estimado de la crisis COVID19** en cuanto a número de afectados y número de fallecidos en las zonas básicas de salud de referencia (DG Salud Pública. Vigilancia epidemiológica) y en el hospital.
- **Ratio de profesionales de Salud Mental** en Centros de Salud Mental del área de referencia, en base a datos actualizados sobre recursos humanos, población de referencia en tarjeta sanitaria 2019, y estándares deseable referida a la atención ambulatoria (1 psiquiatra de adultos/20.000 habitantes mayores de 18 años; 1 psicólogo de adultos/ 40.000 habitantes mayores de 18 años; 1 enfermera/40.000 habitantes; 1 psiquiatra infantil/20.000 habitantes menores de 18 años; 1 psicólogo infantil/25.000 habitantes menores de 18 años; 1 trabajador social/75.000 habitantes)
- **Demanda actual, incremento de demanda** en los últimos cuatro años y actividad de primeras consultas.
- **Índice de privación** de las zonas de referencia (en función de indicadores socioeconómicos que estiman la **vulnerabilidad** de la población de la DG de Salud Pública).

▶ 3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

▶ INFECCIÓN POR EL NUEVO CORONAVIRUS COVID19

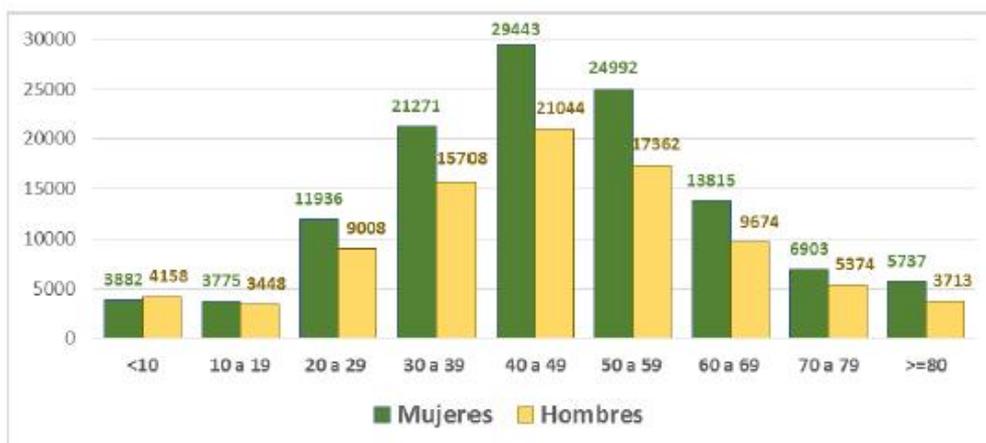
El 31 de diciembre de 2019 las Autoridades de la República Popular China, comunicaron a la OMS varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Una semana más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus que ha sido denominado SARS-CoV-2. Al igual que otros de la familia de los coronavirus, este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios de diferente gravedad.

El 30 de enero de 2020 el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional declaró el brote Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. Posteriormente la OMS lo reconoció como pandemia global el 11 de marzo de 2020.

En la Comunidad de Madrid los primeros casos que se diagnosticaron fueron casos importados, con antecedente de viaje a Italia. A continuación se comenzaron a detectar diariamente nuevos casos, alternando casos importados con otros en los que no se conoce vínculo epidemiológico con otros casos. En la actualidad estamos en un escenario de transmisión comunitaria sostenida generalizada.

Entre el 9 de marzo y el 10 de mayo de 2020 se han registrado en la Historia Clínica de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud 211243 episodios de sospecha COVID-19. El 57,6% fueron mujeres (Informe Epidemiológico Semanal, semana 19). El 14,3% tenía 65 y más años. La curva epidémica muestra un incremento de casos constante hasta el día 16 de marzo cuando se alcanzó el máximo epidémico con 2740 casos registrados. Desde entonces el descenso ha sido continuo (Gráfico 1). En todo el período, la mayor incidencia de casos se registró en Leganés y Alcalá de Henares.

Gráfico 1. Distribución de los episodios de sospecha de COVID-19 registrados en la Historia Clínica de Atención Primaria por grupo de edad. Fuente: Informe epidemiológico semanal. Comunidad de Madrid, datos a 10 de mayo de 2020.

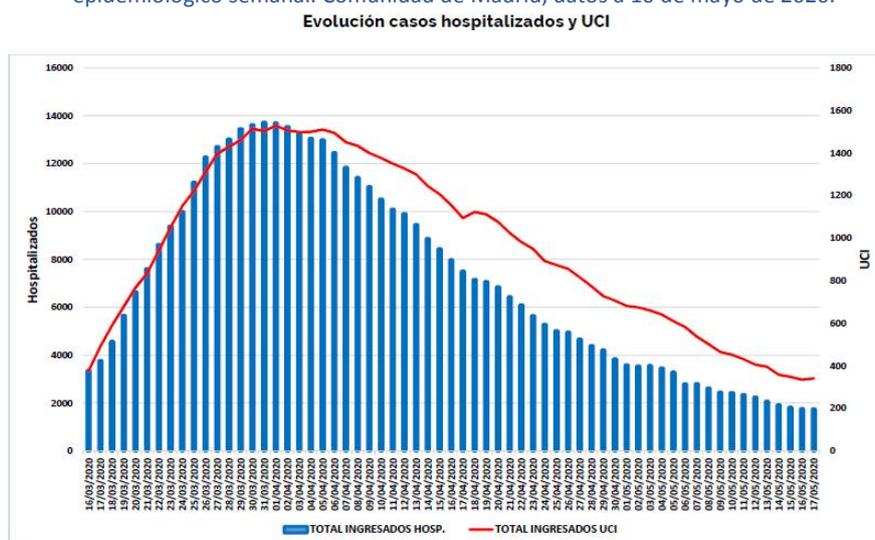


Hasta el momento actual han requerido hospitalización 42.283 pacientes por COVID19, 3594 en UCI), de los que 40736 han recibido el alta hospitalaria (Informe de situación a 18 de Mayo de 2020) (Gráfico 2).

La Comunidad de Madrid es la que más casos Covid-19 ha tenido hasta ahora en el conjunto de España, llegando a alcanzar 1.524 pacientes en UCI el 1 de abril, y 14.244 pacientes en hospitalización convencional el 30 de marzo. Ninguna Comunidad autónoma tuvo que absorber

en tan poco tiempo y con menos margen de anticipación el mayor impacto objetivo entre ellas. El escenario fue el más inelástico de todos, que requirió una respuesta sanitaria intensiva, triplicando en promedio las UCIS y llegando a quintuplicarse el aforo en algunos hospitales.

Gráfico 2. Distribución de los casos hospitalizados y en UCI en la Comunidad de Madrid. Fuente: Informe epidemiológico semanal. Comunidad de Madrid, datos a 10 de mayo de 2020.



Según datos de sanidad mortuoria, han fallecido 14.144 personas en total con diagnóstico confirmado o de sospecha de COVID en el certificado de defunción, 8748 personas en los hospitales, 4525 en centros sociosanitarios y en torno a 847 en sus domicilios (datos de cierre 18/05/2020). Desde el 10 de marzo hasta el 2 de mayo se observan fallecimientos diarios por encima del máximo valor esperado (línea roja en gráfico 3: 3DE del valor medio esperado). Para este período, el número total de fallecimientos observados fue de 17561 frente a 6035 esperados, lo que supone un incremento del 191% (O-E=11526). (Gráficos 3 y 4)

Gráfico 3. Mortalidad diaria, valores observados y esperados, todas las edades. Comunidad de Madrid, datos a 11 de mayo de 2020. Fuente: Registro General de Registros Civiles y Notarios, Ministerio de Justicia y Sistema MOMO, Centro Nacional de Epidemiología. Elaboración Servicio de Epidemiología

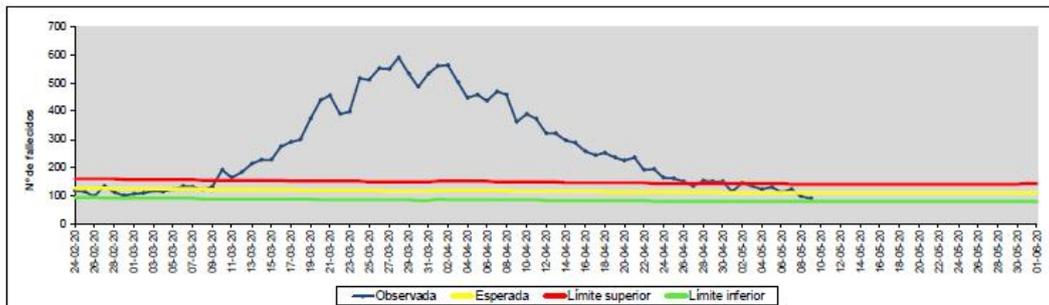
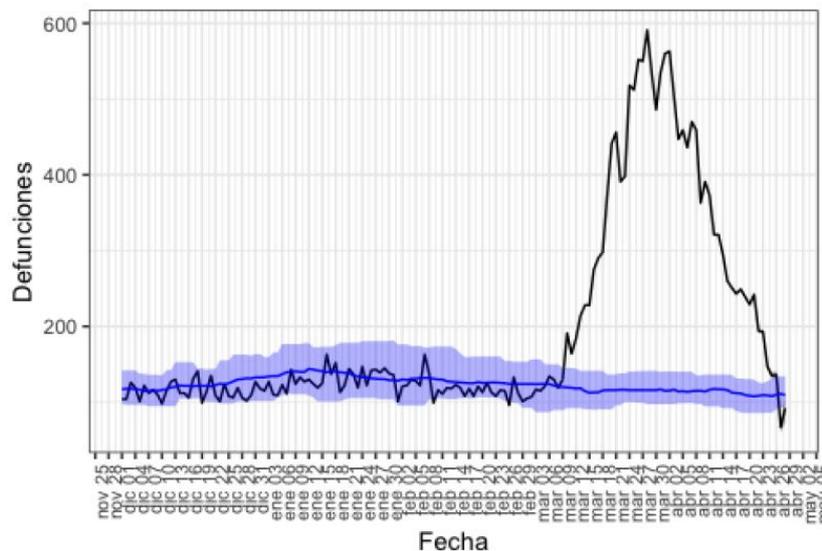


Gráfico 4. Mortalidad diaria por todas las causas observada y esperada. Comunidad de Madrid, diciembre 2019 hasta 28 de abril de 2020. Fuente: ISCIII Sistema MoMo



En la Comunidad de Madrid se alcanzó la mayor cifra de casos registrados en la última semana de marzo de 2020, lo que requirió de una adaptación del Sistema Sanitario al nuevo contexto de crisis. En el momento actual nos encontramos en la fase de descenso progresivo de la curva epidémica, con niveles de registro de casos similares al inicio de la crisis, que permite ir recobrando los escenarios asistenciales de la organización previos, con las adaptaciones necesarias mientras perdure la situación de transmisión comunitaria sostenida generalizada.

En el ámbito poblacional, si bien se han adoptado algunas medidas de desescalada, se mantiene la situación de alarma en el país, y las restricciones globales de movimiento, con confinamiento de población general en la Comunidad de Madrid, aunque con salidas a la calle con horarios delimitados según grupo de población, que se iniciaron para población infanto-juvenil. Las clases

permanecen cerradas en los colegios y se ha retomado la actividad laboral en algunos sectores, aunque se trata de priorizar el teletrabajo en los puestos que así lo permitan.

La previsión en los próximos meses-años es de mantenimiento de medidas especiales de contención de la movilidad, que se alternen con periodos de mayor actividad, en base al seguimiento estrecho de la evolución de los casos y de su impacto en el sistema sanitario, lo que establece un horizonte de realidad diferente que afectará a las personas, y también por tanto a las necesidades y a la respuesta de las organizaciones sanitarias.

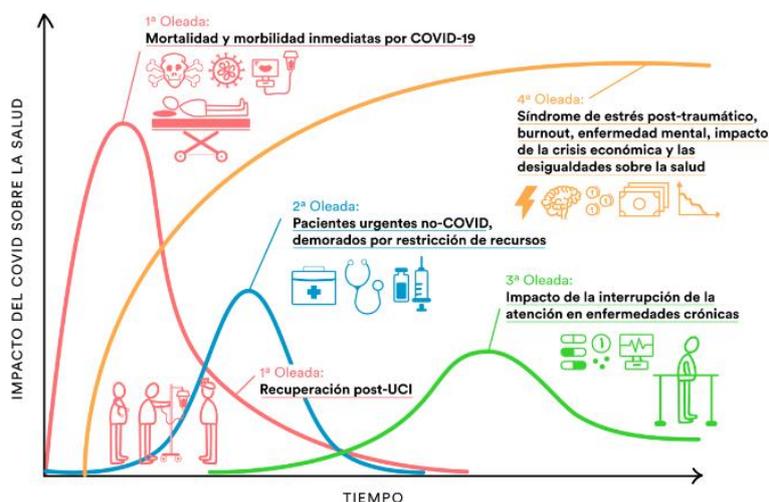
► IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA SALUD MENTAL

Los cambios generados en la crisis de salud pública actual por COVID 19 suponen un aumento de estrés de la población general sometida a cuarentena o confinamiento y de otros grupos de población considerados **de riesgo**, y desencadena reacciones de **ansiedad y depresivas a corto plazo, agravamiento de problemas mentales existentes y generación de casos nuevos en el medio y largo plazo** (Brooks 2020).

Globalmente se considera que el aumento de los problemas mentales de manera sostenida y creciente en el medio y largo plazo, resulta uno de los principales retos en el impacto en la salud de la crisis por COVID19 (Gráfica 5) y requiere una atención adecuada por las organizaciones sanitarias (Meneu2020). Esta atención adecuada ha de tener en cuenta por tanto evitar la patologización inapropiada de los malestares y adversidades que crecerán sin duda con la crisis, y que requieren de una respuesta no sanitaria, sino acorde a su naturaleza social, laboral o económica.

Si bien en los próximos meses podremos obtener resultados del impacto en salud mental en la Comunidad de Madrid a partir del seguimiento de los indicadores poblacionales y asistenciales, a continuación exponemos la estimación del problema en base a la revisión de evidencias y experiencias disponibles.

Gráfica 5. Las oleadas previsibles. [A partir de la atribuida a @VectorSting, con la ayuda gráfica de Escarlata Almenar]. Fuente: Meneu 2020.AES



Prevalencia de Trastorno mental común y trastorno mental grave

En situaciones de catástrofe, se ha observado un **aumento de la prevalencia** tanto de los trastornos mentales comunes (pasando de un 10 a un 15-20%) como de los trastornos mentales graves (de un 2% a un 3-5%) (Van Ommeren 2005; Charlson 2019). En la tabla 1 se muestra la prevalencia aumentada de trastorno mental en situación de conflicto y postconflicto de un metaanálisis de reciente publicación (Lancet 2019)

Tabla 1. Prevalencia estimada de trastornos mentales en situación de conflicto o crisis, ajustado por comorbilidad (Charlson 2019)

	Prevalencia (IC95%)
Trastorno grave (trastorno de ansiedad/síndrome de estrés postraumático/ depresión grave, esquizofrenia y trastorno bipolar)	5.1% (4-6.5)
Trastorno moderado (ansiedad , síndrome de estrés postraumático/depresión moderada)	4% (2.9-5.5)
Trastorno leve (ansiedad , sd. de estrés postraumático/depresión moderada)	13% (10.3-16.2)
Total	22.1% (18.8-25.7)

En crisis recientes por enfermedad transmisible como la actual, con medidas de cuarentena y aislamiento de personas (Jeong 2016), se ha comprobado que cerca del 50% de la población con la enfermedad, o en riesgo alto de padecerla, en situación de **aislamiento, experimenta problemas de ansiedad**, que **persisten a los 6 meses en el 20% de los casos**, y que pueden ser el inicio o desencadenante de **problemas más graves de salud mental**. Estos casos de persistencia de sintomatología incluirán previsiblemente a personas con síndromes de estrés postraumático, duelo patológico y sintomatología psicótica reactiva desencadenada por la situación estrés, especialmente asociada a factores de riesgo. Los principales factores de riesgo, asociados al aislamiento, para el desarrollo de síntomas su mantenimiento son la gravedad de **sintomatología de la enfermedad infecciosa**, el contacto reducido con la **red social** (vía telefónica o internet incluidas), la no disponibilidad de alimentos y ropa para cubrir las **necesidades básicas** durante el aislamiento, la historia previa de **enfermedad mental** y las **pérdidas económicas** que genera en la persona.

En una encuesta realizada en población general en China en la que participaron 1.210 personas, el 53,8% clasificó el impacto psicológico de la pandemia como moderado o grave, 16,5% refirieron sintomatología depresiva moderada a grave y 28,8% ansiedad moderada a grave. Las **mujeres, los estudiantes y el peor estado de salud percibido** se relacionaron con mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión (Wang 2020). En Italia se objetivaron niveles elevados de estrés en comparación con los niveles basales recogidos en estadísticas europeas. También

se encontraron mayores niveles de ansiedad en las mujeres y en las personas jóvenes, así como en las personas que tenían **algún familiar o conocido diagnosticado** (Mazza 2020).

Las personas con **problemas mentales previos** a la crisis tienen por tanto una mayor susceptibilidad de desarrollar diferentes trastornos o sintomatología de ansiedad y depresión o bien sufrir una recaída de su proceso de base (Hao 2020, Yao 2020).

Así mismo, las personas con **enfermedad por COVID19** con una importante **afectación física y secuelas** que limiten su funcionamiento habitual, son más susceptibles de presentar sintomatología mental. Un estudio con pacientes hospitalizados por COVID reveló comorbilidades psicológicas con un 26% de sintomatología ansioso-depresiva. El **apoyo social percibido** resultó ser el factor protector más importante (Qi 2020). En un reciente metaanálisis sobre afectación psiquiátrica y neuropsiquiátrica por el antiguo SARS-CoV o MERS-CoV se describía la presencia de sintomatología ansioso-depresiva, y de estrés postraumático en algunos pacientes para los que se recomendaba seguimiento, aunque la mayoría de ellos evolucionaban sin afectación mental (Rogers 2020).

Los efectos adversos de la pandemia COVID19 como el aislamiento, la distancia física, el impacto económico y el miedo o incertidumbre aumentan el **riesgo de suicidio** en personas con enfermedad mental y también en población general (Godell 2020, Nordt 2015, Stuckler 2009). Por otra parte, se ha observado que los suicidios consumados disminuyen en tiempos de guerra en población general (Wasermann 1992). Uno de los modelos explicativos de suicidio más aceptados, la teoría interpersonal, expone que los factores psicológicos fundamentales para realizar un suicidio son el sentimiento de falta de pertenencia y de carga para otras personas. En situaciones donde se necesita la colaboración de todos, se refuerza el **sentimiento de comunidad** y esto puede ejercer un **cierto papel protector** (Chu 2017). Sin embargo, aunque este factor protector de “deber social” pueda influir, el efecto conjunto del resto de factores de riesgo aumentados como consecuencia de una pandemia probablemente suponga un peso mayor, especialmente en el periodo inicial de recuperación de la crisis. Inmediatamente después de la epidemia del SARS se encontró que entre la población mayor (la que tiene más riesgo de suicidio consumado de base) se produjo un exceso de mortalidad por suicidio (Cheung 2008 Lai 2020).

Por tanto, existen evidencias sobre aumento de suicidios en **momentos posteriores a las crisis** de salud pública o catástrofe que hacen necesaria la generalización de programas de prevención de la conducta suicida, como los desarrollados parcialmente hasta el momento en el Servicio Madrileño de Salud.

Así mismo, en el caso de población infanto-juvenil, es importante considerar el **efecto del cierre de los colegios y centros de enseñanza** durante la crisis por COVID-19. Se ha observado aparición de sintomatología ansioso-depresiva en un 20% de los casos en el confinamiento en China (Xie 2020) y en niños y adolescentes con **problemas mentales previos**, puede suponer un empeoramiento de su estado de salud que requiera de una atención especial (Lee 2020, Xie X 2020, Young Minds 2020). Así mismo, en adolescentes y jóvenes, la reducción de las expectativas de futuro, con la situación de incertidumbre y afectación de la economía y la formación aumenta el riesgo de problema mental (Naciones Unidas 2020).

Por otra parte, como en el caso de otras catástrofes naturales o situaciones con importante estrés social, las **personas con mayor vulnerabilidad** (personas sin hogar, con escaso apoyo social o con bajos recursos socioeconómicos) son las que igualmente desarrollan y mantienen con más frecuencia afectación mental (Adams 2006).

Los estudios actuales muestran un mayor impacto de las crisis como la actual por COVID19 en la salud mental de las personas de lo que sugieren las estimaciones anteriores. La atención de la salud mental se considera prioritaria en los países afectados por conflicto, además de por su importancia inherente, por los vínculos bien establecidos entre la **salud mental, el funcionamiento y el desarrollo del país**.

Aspectos específicos del trastorno mental en situación de crisis.

Si bien se produce un incremento de prevalencia global como se ha dicho del trastorno mental en situación de crisis y conflicto, existen dos elementos o entidades que pueden incrementar en mayor proporción su incidencia y que expondremos a continuación. Por una parte, el impacto emocional en los profesionales y por otra, el duelo complicado o patológico.

Impacto emocional en los profesionales

Profesionales sanitarios, sociales, trabajadores de las funerarias y cuerpos de seguridad con alta exposición al virus y a situaciones críticas con elevado impacto emocional tienen mayor probabilidad de presentar problemas mentales, especialmente en los 3 primeros meses de la postcrisis (Park 2017). Entre los problemas mentales pueden verse incrementados las reacciones de estrés agudo, síndrome de estrés protraumático, trastornos adaptativos y otros trastornos afectivos y, a medio plazo, burn out o síndrome de desgaste profesional.

En una encuesta realizada a 1.257 trabajadores sanitarios en China durante la epidemia de SARS-CoV-2, el 50,4% refería síntomas de depresión, el 44,6% de ansiedad y el 34% de insomnio. En

el análisis multivariante, se encontró que ser mujer, personal de enfermería, residente de Wuhan, o trabajador de primera línea aumentaba el riesgo de la aparición de dichos síntomas (Lai 2020). En otra encuesta también en China se encontró que los trabajadores sanitarios tenían una prevalencia significativamente mayor respecto a la población general de insomnio (38,4 vs 30,5), ansiedad (13 vs 8,5), depresión (12,2 vs 9,5), somatización (1,6 vs 0,4) y síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo (5,3 vs 2,2) (Zhang2020). En un tercer estudio, la incidencia de ansiedad entre el personal sanitario fue del 23,04%, siendo mayor en mujeres (25,67% vs. 11,63 en hombres) y en el personal de enfermería (26,88% vs. 14,29% en médicos) (Huang 2020). Resultados en esta línea con aumento significativo de la sintomatología ansioso-depresiva y de agotamiento entre los profesionales sanitarios se están encontrando en encuestas recientes realizadas en nuestro país en la actual crisis (UCM2020).

En el caso de profesionales sociosanitarios, se consideran profesionales de más riesgo el personal de UCIs, Urgencias y Emergencias, plantas de hospitalización médica con pacientes COVID19, de Atención Primaria y de atención en residencias de mayores. Se dan como factor de riesgo principal el trabajo en triaje, en unidades con elevada mortalidad, con recursos humanos limitados ante y por la pandemia, y con sistemas de protección de personal deficitarios.

Entre los factores asociados que pueden aumentar este riesgo de padecer enfermedad se encuentran (Mira JJ 2020, Chen 2020):

- Factores organizacionales, como el trabajo en tareas no habituales con formación exprés, el cambio rápido de directrices y procedimientos, la escasez de material de protección, recursos humanos limitados y rápido recambio con disolución de equipos consolidados, el enfrentarse a situaciones extremas con inseguridad (caso de los residentes en formación), el mayor riesgo de eventos adversos por cuidados retrasados de otras patologías diferentes al COVID19.
- Factores humanos como la sensación de impotencia y desafección al ver cómo pacientes con miedo al saberse enfermos por COVID19 han de estar solos, sin acompañantes y, en algunos casos, mueren en soledad.
- Factores como el no tener horizonte temporal de fin de la crisis, la sensación de riesgo biológico, el sentirse desbordados y no saber cómo compartir para no sentirse débiles. Así mismo opera el miedo a contagiar a la familia y el aislamiento de la misma para protegerla, y la necesidad de priorizar pacientes y tomar decisiones rápidas reservadas a situaciones de grandes catástrofes con alto componente de conflicto ético y moral. (Greenberg et al 2020).
- En el caso de los mandos intermedios y resto de directivos y técnicos de la organización, requiere de atención y de un abordaje diferenciado, ya que su liderazgo organizativo y

clínico resultaba indispensable para afrontar, unas demandas diferentes, amplificadas y cambiantes que se han impuesto de forma abrupta.

Los estudios realizados en la actual pandemia en China y en crisis previas como en Corea 2015, cifran en aproximadamente el 10 o 15% de las personas en plantilla desarrollarán en los siguientes 3 meses a la crisis un trastorno mental de los mencionados, especialmente personal de enfermería (Park 2017).

En nuestra organización, los profesionales de Salud Mental en muchos hospitales están realizando la labor de comunicación con las familias en situaciones al final de la vida, desde las UCIs o unidades médicas, lo que les sitúa también entre los profesionales de riesgo, y que tendrá que tenerse en cuenta para estimar las necesidades precisamente en la provisión de atención en salud mental. Así mismo, el personal de enfermería de salud mental de los hospitales, ha desarrollado su actividad en otras unidades médicas de elevado impacto.

En el caso del personal de Atención Primaria, esta situación de crisis ha requerido modificaciones organizativas cualitativamente diferentes a las hospitalarias pero igualmente exigentes.

Duelo complicado

En la presente crisis por COVID19 existen factores que pueden predecir un incremento en la proporción de duelos patológicos, dadas las características de aislamiento de los pacientes y la falta de contacto y acompañamiento al final de la vida que no facilita un cierre normalizado del proceso de duelo dentro de una narrativa de despedida reparadora (duelo reducido).

La prevalencia del duelo patológico en población general es del 10% de los familiares afectados. En familiares de pacientes de UVI no parece variar este porcentaje (Rodríguez Villar 2008). Se considera que por cada muerte, hay 10 personas en proceso de duelo.

En estudios sobre catástrofes, se ha observado un incremento del estrés postraumático de en torno a un 50%, por lo que podríamos pensar que el duelo patológico en esta situación de crisis por COVID19 se ha podido incrementar quizá no en una proporción tan elevada, pero si mayor del 10% por las circunstancias colindantes, especialmente las relacionadas por COVID19. Las medidas de salud pública en sanidad mortuoria han afectado a todos los fallecimientos, al no poderse realizar velatorios ni funerales para cumplir con el distanciamiento interpersonal.

Así mismo, la mortalidad total en la Comunidad de Madrid se ha incrementado en marzo y abril (ISCI 2020) independiente de la causa principal, registrada o no como COVID19. Se puede decir

por tanto, que el número de personas en duelo por fallecimiento de familiar se multiplica, y por ende también, el proporcional de duelos patológicos, que en condiciones normales (de no crisis) resulta del 10% y que se puede incrementar a un 15% en catástrofes.

Poblaciones Específicas de Interés

TIPO 1.

Población general sometida a cuarentena.

Pacientes atendidos por COVID19 que han de cumplir medidas de aislamiento bien en domicilio, bien en el hospital.

Pacientes y familiares con otros problemas de salud cuya atención se puede ver se demorada tanto por la reorientación de la organización en situación de crisis, como por el propio temor a contraer el COVID19 si se acude a los centros sanitarios (especialmente pacientes oncológicos o con problemas cardiológicos agudos o de ictus).

Se consideran factores de riesgo para desarrollo de patología mental cuando la crisis ha supuesto afectación de la economía personal, de la funcionalidad del paciente, del acceso a las necesidades básicas, y en situaciones de limitada red de apoyo social (especialmente en personas mayores) y problemática con el grupo de apoyo primario. También se consideran de riesgo las poblaciones de mujeres, niños y adolescentes por el mayor nivel de estrés en relación con cargas en el hogar y laborales, violencia doméstica, cierre de los centros de formación y afectación en las expectativas de futuro.

TIPO 2.

Pacientes que debutan con problemas graves de psiquiatría o bien sufren alguna recaída en su trastorno mental grave y dejan de acudir a los hospitales en situaciones que requieren tratamiento urgente (jóvenes con primeros episodios psicóticos, personas con conductas autolíticas, personas con recaídas en consumo problemático de alcohol...).

Se consideran los mismos factores de riesgo cuando la crisis ha supuesto afectación de la economía personal, del acceso a las necesidades básicas, y situaciones de limitada red de apoyo social y problemática con el grupo de apoyo primario.

TIPO 3.

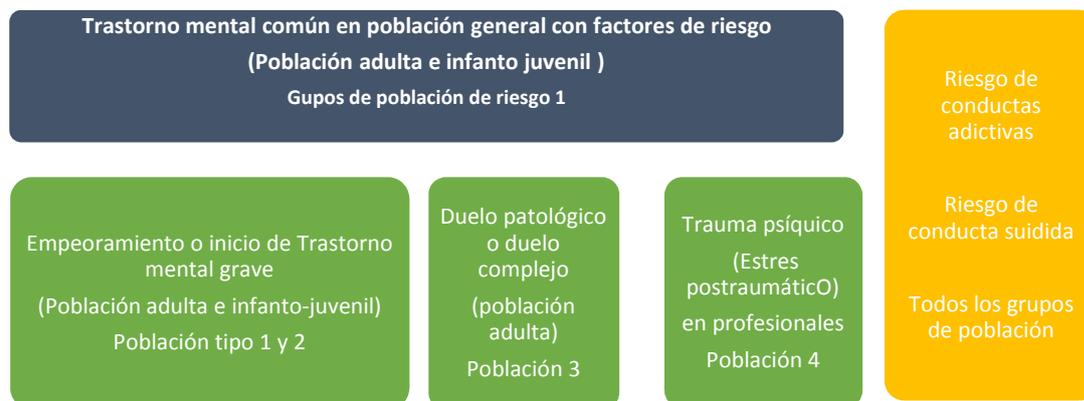
Familiares de personas que fallecen en este periodo en el que no se pueden cumplir los rituales de acompañamiento y despedida por las medidas de salud pública en sanidad mortuoria.

TIPO 4.

Profesionales sanitarios, sociales, trabajadores de las funerarias y cuerpos de seguridad con alta exposición al virus y a situaciones críticas con elevado impacto emocional. En el caso de profesionales sanitarios especialmente personal de UCIs, Urgencias y Emergencias, plantas de hospitalización médica con pacientes COVID19, de Atención Primaria y de atención en residencias de mayores.

En la figura 1 se resumen los cuadros que previsiblemente pueden aumentar durante la crisis y los grupos de población a la que afecta y que se pueden intersectar. Estos procesos pueden afectar a población adulta y también a población infanto-juvenil, lo que ha de tenerse en cuenta en la estimación de necesidades. En la figura aparece también el riesgo de suicidio y el riesgo de conductas adictivas que aumentan en situaciones de catástrofe y crisis de salud pública, por el aumento de situaciones vitales estresantes en todas las poblaciones.

Figura 1. Representación de los cuadros de trastorno mental previsiblemente aumentados en la crisis por COVID19 y las conductas de riesgo asociadas.



► SITUACIÓN DE PARTIDA Y RESPUESTA EN SALUD MENTAL EN LA CRISIS

Profesionales de salud mental e incremento mantenido de la demanda.

Con los datos actuales, contando con la incorporación de los nuevos profesionales según lo previsto en memoria económica de los años 2018 y 2019 del Plan de Salud Mental en vigor, la demanda actual se responde a través de un número total **538 psiquiatras y 260 psicólogos clínicos, 566 enfermeras, 97 trabajadores sociales y 69 terapeutas ocupacionales**, distribuidos entre los diferentes dispositivos tanto de atención a adultos, como a niños y adolescentes, a nivel comunitario y a nivel hospitalario. En la tabla 2 se muestra el número de profesionales

totales (de adultos y de niños y jóvenes), la ratio de profesionales totales por 100.000 y la mediana de la ratio de profesionales en CSM y Hospital de Día de Adultos de los Servicios o Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental para la población de la Comunidad de Madrid según tarjeta Sanitaria de Diciembre de 2019. No se incluyen los profesionales de los centros con actividad por fórmulas de Contrato o Convenio, de salud mental y adicciones. Tampoco están incluidos los profesionales de salud mental de las redes autonómicas de Atención Social a la Discapacidad, el Menor y la Familia, y la Mujer, entre otras.

Tabla 2. Número de profesionales de Salud Mental en el Servicio Madrileño de Salud y ratio por 100000 habitantes. Fuente: ORCSMyA y Servicios y Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental Marzo 2020

	Nº de profesionales	Ratio por 100000 total	Ratio por 100000 (csm+hd)*
Psiquiatras	538	8.89	5,70
Psicólogos Clínicos	260	4.29	3,22
Enfermeras	566	9.36	2,65
Trabajadores sociales	97	1.60	1,29
Terapeutas ocupacionales	69	1.14	

*Mediana de la ratio de profesionales en CSM s y Hospital de Día de Adultos de los Servicios o Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental

En los últimos años se ha producido una demanda incrementada de atención por problemas de salud mental que ha resaltado la necesidad de hacer un refuerzo significativo de la red en el Plan de Salud Mental 2018-2020 aprobado en Consejo de Gobierno, cuya memoria económica se ha ejecutado en el Capítulo 1 de recursos humanos de los años 2018 y 2019 de forma completa, quedando pendiente la de 2020 cuya ejecución sigue siendo imprescindible además de la cobertura de las necesidades descritas en este documento.

El incremento de demanda se ha mantenido también en los años siguientes al análisis de situación para el Plan de Salud Mental en vigor. El aumento global de la demanda de primera consulta de Psicología fue del 30% entre 2016 y 2019 para adultos y del 24% para niños y adolescentes. Siendo similar en adultos de Psiquiatría y superior (por encima del 50%) en menores.

Sin bien existen elementos de mejora identificados para racionalizar parte de la demanda correspondiente al fenómeno de “medicalización y psicologización de los malestares de la vida cotidiana” previa a la actual crisis, sí se puede decir que la demanda a Salud Mental ha seguido creciendo en los últimos años. En la actual situación se trata de responder al previsible

incremento de problemas mentales que requieren atención sanitaria, tratando de evitar igualmente la incorporación en forma de demanda de los malestares, adversidades e infortunios que también crecerán sin duda con la crisis, y que se debe evitar patologizar impropiamente, dándoles una respuesta acorde a su naturaleza social, laboral o económica en cada caso.

Actuaciones en Psiquiatría, Salud Mental y Apoyo Psicosocial durante la crisis por COVID19

Durante los meses de marzo a mayo de 2020 se han puesto en marcha múltiples actuaciones en el ámbito de salud mental con objeto de promover y sistematizar medidas para proteger y favorecer el bienestar psicosocial, así como prevenir, identificar, y tratar los trastornos mentales en situación de crisis de salud pública por enfermedad transmisible COVID19. La Guía de actuaciones en Psiquiatría, Salud Mental y Apoyo Psicosocial (Ver ORCSMyA 2020) sistematiza y ordena las actuaciones que se han desarrollado de forma centralizada por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA), las actuaciones en desarrollo en los centros asistenciales de los Servicios y Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental desde el inicio de la epidemia, y actuaciones en colaboración con otras entidades como el Colegio Oficial de Psicología de Madrid.

Las actuaciones desarrolladas se han apoyado en las recomendaciones internacionales en torno a la prevención y reducción de daño en salud mental en situaciones de crisis de salud pública y catástrofes. Engloban medidas destinadas tanto a población general como a población de riesgo atendida en distintos ámbitos asistenciales, con especial interés en personas con trastorno mental grave y población más vulnerable y en los profesionales sanitarios de los Hospitales, Atención Primaria y Summa112.

Esta Guía que se coordina desde la ORCSMyA y se comparte diariamente con los responsables de Psiquiatría y Salud Mental, ha tenido un carácter dinámico y se ha ido actualizando conforme evolucionaba la crisis en el tiempo (recomendación CDC 2019) con las sucesivas medidas y adaptaciones en marcha.

Durante los meses marzo y abril se han desarrollado actuaciones en 2 líneas de acción:

Línea 1 de actuaciones organizativas en contexto de crisis, con objeto de: promover que las intervenciones se desarrollen según necesidades y recursos identificados en la situación de crisis, con priorización de la atención a las personas con trastorno mental grave, que los equipos de salud en primera línea dispusieran de información en caso de identificar problemas psicosociales y de salud mental graves, apoyar las medidas de seguridad y derechos básicos de las personas con trastornos mentales, ingresadas en unidades de hospitalización en situación de

crisis y facilitar mecanismos de comunicación con asociaciones de usuarios y familiares para apoyar actuaciones y solventar dificultades por la situación de crisis. Y una Línea 2 de actuaciones de promoción y prevención de la salud mental y de atención a población vulnerable.

A mitad del mes de mayo, gran parte de las acciones reorganizativas puestas en marcha en la línea 1, especialmente en lo relativo a camas en las Unidades de Hospitalización Breve de los hospitales generales, se han revertido, volviendo a la situación previa a la crisis. Se continúa la dinámica de seguimiento y atención telemática con pacientes, especialmente en los Centros de Salud Mental, dado el requerimiento mantenido de las medidas de distancia interpersonal en situación de crisis, con atención presencial y a domicilio, cuando esta es necesaria. En este sentido, se ha promovido la habilitación de puestos de teleasistencia en los Centros de Salud Mental con el fin de solventar las limitaciones de atención presencial cuando esta no sea posible. No obstante, el objetivo es recuperar completamente la atención presencial en cuanto sea factible, coexistiendo la teleasistencia de forma complementaria, no sustitutiva.

En cuanto a la atención en urgencias y la hospitalización durante la crisis, se ha realizado una tarea intensa de coordinación centralizada de los ingresos, para garantizar la atención a los pacientes con necesidad de atención en unidades de hospitalización breve en ocasiones fuera de su centro asistencial de referencia, debido a las necesidades asistenciales por COVID-19, que obligaron a una adaptación de los recursos hospitalarios en este sentido. Como se ha comentado, en el momento actual, prácticamente se ha producido una reversión a la normalidad con reapertura de Unidades en los Hospitales Generales.

En la línea de actuación 2, se mantienen especialmente las actuaciones de atención en salud mental adaptadas a las necesidades en el momento de descenso del número de contagios, ingresos y fallecimientos. Ha comenzado a reducirse actuaciones específicas de la crisis y han finalizado algunos programas como la atención telefónica psicosocial 24 horas en colaboración con el Colegio Oficial de Psicología de Madrid (mantenida hasta el 4 de mayo), coincidiendo temporalmente con la fase de inicio de la desescalada y salida del confinamiento. También se han finalizado programas de promoción de la salud mental dirigidos a población general y a profesionales, con un importante seguimiento, como las sesiones diarias online de mindfulness del programa “Volver a casa juntos” coordinado desde el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital de La Paz (finalizado el día 10 de mayo)

Cabe destacar el desarrollo de medidas innovadoras como en otros ámbitos de la sociedad, también en la atención a las personas en salud mental, antes no utilizadas y que se han impuesto con celeridad dadas las necesidades y la situación de distancia interpersonal requeridas. Así por ejemplo el apoyo en las redes sociales para la difusión de medidas y promoción de la salud

mental y también en las plataformas tecnológicas para consulta on line con profesionales de salud mental individual o en grupos, con el apoyo de Sistemas de Información del Servicio Madrileño de Salud. Sin dejar de poner en lugar preferente la información, asistencia y apoyo a las personas sin acceso a estos medios, con una especial atención a las personas mayores en situación de soledad no deseada y a otros grupos más vulnerables como personas con trastorno mental grave.

En el mismo sentido, se han readaptado a formación online presencial parte de los cursos de formación continuada programados previos a la crisis y se han desarrollado otros específicos adaptados a las necesidades actuales como cursos sobre atención en situaciones de trauma y estrés agudo, especialmente para atención a profesionales.

Especificidad de la actividad asistencial durante la crisis

Los Servicios y Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental en esta crisis por COVID 19 han desarrollado una actividad significativa. La atención en interconsulta y enlace, según la información proporcionada desde las áreas de gestión y Servicios de Psiquiatría y Salud Mental, se ha incrementado en todos los hospitales durante los meses de marzo y abril, pudiéndose estimar el incremento en torno al doble de la actividad habitual y llegando en algunos casos a quintuplicarla. En la tabla 3 se refleja los datos absolutos, media y mediana de pacientes, familiares y profesionales atendidos en el periodo de marzo y abril de 2020 proporcionada por 16 hospitales. La variabilidad tanto en el desarrollo de la actividad de interconsulta (algunos hospitales tienen unidades específicas y otros las desarrollan con los mismos profesionales de la Unidad de Hospitalización Breve) como en el registro de la misma (no siempre se incluye en sistemas de información de forma desagregada), implica una dificultad a la hora de contabilizar esta actividad, especialmente en hospitales con un elevado impacto por COVID19 y menor desarrollo de estas unidades. Es probable por tanto que los datos aportados estén infraestimados y la actividad haya sido superior.

Tabla 3. Pacientes, familiares y profesionales atendidos en Interconsulta de Psiquiatría y Salud Mental en 16 hospitales durante los meses de marzo y abril de 2020 en la crisis COVID19.

	Pacientes	Familiares	Profesionales	Total
Nº absoluto	3883	1955	901	6739
Media	243	140	56,31	336,95
Mediana	125	38	30,50	152,50

El 41% del total de las personas que fueron atendidas individualmente en interconsulta en los hospitales estudiados (incluyendo pacientes, familiares y profesionales) requirieron seguimiento posterior por psiquiatría o psicología clínica, lo que da idea de un mayor grado de gravedad, ligeramente superior en el caso de los profesionales (tabla 4). En el caso de los profesionales y de los familiares, la proporción de los que realizaron seguimiento posterior presenta mucha mayor variabilidad interhospitales que de los pacientes, en probable relación con distribución heterogénea de profesionales dedicados a la interconsulta de forma específica. En el caso de los profesionales, en torno a la mitad de los hospitales refirieron un seguimiento en más del 60% de los casos.

Tabla 4. Nº de Primeras consultas y de pacientes en seguimiento por interconsulta de psiquiatría y Salud Mental en los meses de marzo y abril de 2020

	Primera consulta	Seguimiento	% seguimiento	Media % seguimiento	Mediana % seguimiento
Pacientes	3883	1555	40,05	42,97	37,5
Familiares	1955	817	41,79	51,89	61,82
Profesionales	901	421	46,73	55,88	67,26

De los pacientes en seguimiento por interconsulta que habían ingresado por COVID19, 177 presentaban patología mental previa. Los hospitales con un mayor desarrollo de la actividad de interconsulta registran también un mayor número de seguimientos de este tipo de paciente.

Por otra parte, en 11 hospitales se desarrollaron sesiones grupales, destinadas especialmente a profesionales. El Hospital de La Paz desarrolló una intensa actividad, incluyéndose sesiones online para profesionales de otros hospitales. También realizaron una importante actividad grupal los hospitales Gregorio Marañón, Infanta Sofía y Clínico San Carlos. El total de sesiones en los 11 hospitales fue de cerca de 4000, con una media de 7 participantes por sesión.

Durante el periodo de crisis por COVID19 140 profesionales desarrollaron su actividad en la interconsulta, 78 psiquiatras, 43 psicólogos, 14 enfermeras y 3 trabajadores sociales, de forma presencial en el 75% de los casos. La media por centro fue de 7 profesionales dedicados a la interconsulta, y la mediana de 5, muy por encima del número habitual de profesionales en este ámbito en todos los hospitales, lo que se explica que el incremento de la demanda de interconsultas de psiquiatría y psicología se atendió con través de profesionales de otros dispositivos se trasladaron al hospital durante este periodo. No obstante, se observa una gran variabilidad entre hospitales, que no responde al volumen ni complejidad de los mismos, sino a la gestión de las necesidades específicas en cada dispositivo, con una gestión integrada de la

respuesta por el total de los profesionales del área. Así, por ejemplo, el Hospital Gregorio Marañón aporta la mayor proporción de profesionales al total de los hospitales, seguido por el Infanta Cristina, La Paz y El Escorial.

Durante el periodo de crisis por COVID19 se puede decir que la práctica totalidad de los pacientes incluidos en el Programa de Continuidad de Cuidados (PCC) recibieron seguimiento, en un 66% de los pacientes vía telefónica, en un 30% de forma presencial en el Centro de Salud Mental, y en un 4% de los casos en domicilio. En torno a 400 personas con problemas graves de salud mental fueron atendidos en su domicilio durante la crisis por COVID19. El balance atención telefónica o presencial varió según los CSMs. Podemos decir que un tercio de los CSMs realizaron seguimiento presencial en el 20% o menos de los casos, en otro tercio de los centros la proporción de pacientes atendidos presencialmente estuvo en torno al 30 o 40% de los casos y en el otro tercio, el seguimiento presencial se hizo a la mitad de los pacientes en programa. En un CSMs de registró el 70% del seguimiento presencial.

En los Centros de Salud Mental desarrollaron su actividad 666 profesionales (en torno al 90% de los registrados en CSM por la ORCSMyA), el 55% de ellos de manera presencial. Hubo importante variabilidad entre los centros en torno a la proporción de trabajo presencial y telemático. En 4 centros más del 90% de los profesionales realizaron su actividad presencialmente durante la crisis. En 3 centros la actividad fue presencial en un 30% o menos de los casos. En los restantes centros, la actividad presencial y telemática se distribuyó por igual (en torno a 50%). Los profesionales con una mayor actividad media presencial fueron las enfermeras, con un 70%.

3. NECESIDADES DETECTADAS

DEMANDA DE ASISTENCIA Y CRONOLOGÍA DE LA DEMANDA

Considerando el aumento esperable de la prevalencia por problemas mentales en la población general de un 50% (5% a un 10% en trastorno mental común) en los primeros 6 meses tras la crisis, y así mismo, el mantenimiento en un 20% de los casos que perduran en los siguientes 6 meses, con signos por tanto de gravedad, hacemos una estimación de aumento de la demanda compleja a Salud Mental en el primer año, partiendo de la demanda de años previos de consultas en Psiquiatría y Salud Mental (Tabla 5).

Podemos pensar en dos fases de demanda aumentada con diferente complejidad:

Fase 1. Un aumento de la **demanda inicial de casos de gravedad variable** en los primeros seis meses, con cuadros que pueden resolverse con intervenciones breves en el corto y medio plazo.

Fase 2. Una segunda fase de **demanda compleja en los siguientes 6 meses**, en la que persisten los casos graves incorporados desde el inicio del aumento de la demanda y se incorporan nuevos casos de gravedad mayor que o bien debutan en este momento (casos de estrés postraumático en profesionales), o bien han sido atendidos en Atención Primaria sin mejoría. También casos de reacciones de duelo que dan signos de complejidad cuando se mantienen en el tiempo.

Estimando como fin de la crisis y normalización de la actividad el verano de 2020, consideramos la siguiente estimación de demanda aumentada desde el momento actual, extendiéndose al menos en el segundo semestre de 2020 y primer semestre de 2021.

Tabla 5. Estimación de demanda aumentada y cronología de la demanda a partir del aumento de prevalencia de trastorno mental esperable.

Problema de Salud Mental	Incremento de demanda estimado a partir de prevalencia aumentada	Profesionales actuales y dispositivos de referencia	Previsión estimada de necesidad de respuesta	Cronología de intervención
<i>Trastorno mental común</i>	La prevalencia pasa de un 10% al 15 o 20% en población general, supone un 50% de necesidades aumentadas, que se puede traducir en un aumento del 30% de la demanda	Participación de Psicología Clínica	Demanda de Psicología Clínica de primera línea aumentada en un 30% Demanda de Psiquiatría en un 20%. Primeras consultas 2019: 119.000. Consideramos un 20% de gravedad que llegue a Salud Mental y se mantenga: 25000	Primeros 3-6 meses postcrisis
<i>Trastorno mental mantenido a los 6 meses y con signos de gravedad</i>	El 20% del incremento se mantiene a los 6 meses (signos de gravedad), lo que supone aumento de la demanda de Salud Mental de un 20%	Participación de Psiquiatría.	consultas nuevas de alta complejidad.	A partir de los 6 meses desde la crisis

En la tabla 6 se muestran las estimaciones de demanda aumentada en afecciones propias de situación de postcrisis (duelo patológico y afectación a profesionales), que han sido estudiadas de manera diferencial. Observamos la incorporación de los duelos patológicos en la segunda fase de la demanda en salud mental. En el caso de los profesionales, se puede prever un modelo de demanda paralela a la global, con un incremento en la fase inicial de los casos leves y moderados, y un mantenimiento a partir de los 6 meses siguientes de los casos más graves, con la incorporación de aquellos que no demandaron atención inicial y que debutan con alta complejidad.

Así mismo incorporamos en esta tabla 6 a atención a personas con **problema mental de elevada complejidad** desde el inicio, bien por el debut en el tiempo pre-crisis y la demora en la demanda de atención condicionada por esta, o bien las personas con trastorno mental grave previo, que tengan una **recaída por las circunstancias vivenciales de la crisis**. Estas personas pueden requerir, además de la atención en los dispositivos comunes para las restantes afecciones comentadas, una mayor demanda de recursos más complejos. Se considerará así mismo, en aquellas personas con discapacidad que convivían con **cuidadores mayores**, que puedan haberse visto afectados por el COVID19 con alta mortalidad en el grupo de mayores de 70 años. Estas personas pueden requerir en estos momentos recursos de soporte nuevos, antes aportados por el entorno familiar que a partir de la crisis se ven limitado. Si bien estos recursos corresponden a la Red de atención dependiente de Política Social, puede requerirse de recursos de intensidad media o larga en el ámbito sanitario, que faciliten el proceso de rehabilitación e integración hacia el nuevo recurso residencial.

Por otra parte, en el caso de **población infanto-juvenil**, es importante considerar como dijimos anteriormente el efecto del cierre de los colegios y centros de enseñanza durante la crisis por COVID-19, con un efecto en el empeoramiento y recaída especialmente en niños y adolescentes con problemas mentales previos, que requiere de una atención especial (Lee 2020, Young Minds 2020)

Tabla 6. Estimación de demanda aumentada y cronología de la demanda a partir del aumento de prevalencia de trastorno mental esperable.

<i>Problema de Salud Mental</i>	Prevalencia (incluido en prevalencias globales de Tabla 5)	Abordaje especificidades afectación	y Incremento de de la demanda	Cronología de la intervención.
<i>Duelo patológico. Puede considerarse un trastorno mental común complicado, con necesidades de atención que se pueden especificar. Impacto en profesionales sanitarios</i>	En situaciones de crisis como actual sube del 10 al 15% de los duelos. Aumento de mortalidad Momo en torno a 2.5, aumento de la demanda 2.5	Psicología y Psiquiatría Clínica	Puede aumentar la demanda en 2.5 veces por duelo patológico	A partir de los 6 meses de la crisis.
	10 o 15% de las plantillas afectadas. Especialmente de Enfermería. Profesionales de primera línea: Atención Primaria , Urgencias, Uci, Plantas COVID19	Interconsulta. Psicología de AP PAIPSE Centro de Salud Mental	Incremento en un 1.15 de la demanda en (interconsulta , CSM y PAIPSE)	6 primeros meses casos leves y moderados. Mantenimiento en 6 meses siguientes de casos graves.

*Trastorno mental grave en
población adulta e infanto-
juvenil*

Aumento del 1.5% al 2%	Psiquiatría de CSM Hospital de Día I-J Recursos residenciales por fallecimiento de cuidadores de mayor edad.	Puede aumentar en 1.5 veces las consultas preferentes.	Primeros 3 meses
------------------------	---	--	------------------

► 4. RESPUESTA ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL

La respuesta asistencial que se considera prioritaria para la atención a la salud mental en la crisis por COVID19 se orienta hacia la atención a profesionales sanitarios y hacia población con especial vulnerabilidad, en edad adulta y en adolescentes, a través del refuerzo de los recursos humanos en diferentes ámbitos, con un carácter dinámico que permita su adaptación a las necesidades cambiantes y específicas que vayan surgiendo en el periodo postcrítico por COVID19. Con ese fin, y en base a las estimaciones de demanda y cronología de la demanda, se prioriza el refuerzo de los programas de interconsulta y enlace de los hospitales, además de los Centros de Salud Mental, de la atención específica de adolescentes y del PAIPSE.

Se considera que la versatilidad que supone la atención en interconsulta y enlace unido a la progresiva evolución experimentada en los Servicios y Áreas hacia la gestión integrada, también de los recursos humanos, permitirá esa adaptabilidad a las necesidades variables que previsiblemente se generen en los próximos tiempos.

Se establecen, por tanto, los dispositivos y ámbitos para el refuerzo en los recursos humanos a nivel de Áreas de Gestión o Servicios, señalando los centros prioritarios, con una orientación flexible que permita la mejor adaptación según las necesidades y la evolución de las mismas a nivel general y local.

REFUERZO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE INTERCONSULTA Y ENLACE Y DE CENTROS DE SALUD MENTAL PARA LA ATENCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA

Se considera el refuerzo de los profesionales encargados de la Interconsulta y Enlace en los Hospitales como el principal elemento para ofrecer una respuesta versátil y ajustada a las demandas aumentadas y cambiantes durante el periodo de la postcrisis. Tanto para la atención a los profesionales de los Hospitales afectados con problemas de Salud Mental prioritariamente, como, en su caso, a los pacientes COVID19 y familiares, y, en una segunda fase a la población general en el ámbito comunitario. Así mismo es un ámbito asistencial adecuado para la extensión de los programas de prevención de suicidio.

Este ámbito asistencial no fue objeto de específico de refuerzo en el Plan de Salud Mental 2018-2020, quedando pendiente su abordaje.

Los refuerzos considerados necesarios en atención a la Salud Mental en Interconsulta Y Enlace y su distribución por centros se muestran en la tabla 7. Constará de 31 nuevos facultativos, en su mayoría Psicólogos Clínicos y en menor medida Psiquiatras. Ello permite una mayor elasticidad en la oferta y tratamientos secuenciales, paralelos o combinados en los casos en que sea necesario

Con carácter general tendrá preferencia la contratación de psicólogo clínico sobre la de psiquiatra. La excepción si se produce habrá de ser debidamente justificada por el Jefe de Servicio correspondiente y confirmada por su Dirección.

Tabla 7. Refuerzo de la interconsulta y enlace en Psiquiatras y Psicólogos Clínicos para dar respuesta en la postcrisis por COVID19

Hospital	Nº de Psiquiatras0/Psicólogos Clínicos refuerzo INTERCONSULTA PostCOVID19
1 Hospital General Universitario Gregorio Marañón	1
2 Hospital Universitario Infanta Leonor	1
3 Hospital Universitario del Sureste	2
4 Hospital Universitario de la Princesa	1
5 Hospital Universitario Niño Jesús	1
6 Hospital Universitario del Henares	2
7 Hospital Universitario Príncipe de Asturias	2
8 Hospital Universitario Ramón y Cajal	2
9 Hospital Universitario La Paz	1
10 Hospital Universitario Infanta Sofía	1
11 Hospital Universitario Puerta de Hierro	1
12 Hospital de El Escorial	1
13 Hospital Clínico San Carlos	1+(1)
14 Hospital Universitario Fundación Alcorcón	1
15 Hospital Universitario de Móstoles	1
16 Hospital Universitario Severo Ochoa	2+(1)
17 Hospital Universitario de Fuenlabrada	2
18 Hospital Universitario de Getafe	2
19 Hospital Universitario Infanta Cristina	1
20 Hospital Universitario Doce de Octubre	2
21 Hospital Universitario del Tajo	1
Total	31

Por otra parte, el aumento de la demanda de atención en los CSM previsible se verá respondida asumiendo el refuerzo del Plan de Salud Mental 2018-2020, que incluye la contratación de profesionales de este último año 2020 y con el refuerzo de 23 profesionales adicionales en los CSMs para la atención prioritaria (como se verá en el apartado específico) de los profesionales de Atención Primaria y con la versatilidad que ofrecen los profesionales de interconsulta, que podrán también vincularse a la atención en los CSM en diferentes momentos para adecuarse a la demanda cambiante conforme evoluciona la postcrisis.

Para la asignación a los Centros de Salud Mental de los 23 nuevos profesionales, se tendrá en cuenta la ratio de profesionales en el área, demanda e incremento de la demanda en últimos 5 años, impacto COVID19, vulnerabilidad (índice de privación) de la población de referencia (tabla 8) y Direcciones Asistenciales de Atención Primaria.

Tabla 8. Centros de Salud Mental identificados para refuerzo de profesionales de Psiquiatría/Psicología Clínica en respuesta a aumento de demanda por profesionales de AP y pacientes no profesionales.

Dirección Asistencial de Atención Primaria	Nº Centro de Salud Mental con refuerzo COVID19
Dirección Asistencial Noroeste (H. El Escorial y Puerta de Hierro Majadahonda)	1 Psiquiatra/Psicólogo Clínico en CSM de H. Puerta de Hierro
Dirección Asistencial Norte (La Paz e Infanta Sofía)	1 Psiquiatra/Psicólogo Clínico en CSM Alcobendas 2 Psiquiatra/Psicólogo Clínico en CSM del H La Paz (Fuencarral y Tetuán)
Dirección Asistencial Centro (Clínico, 12 de Octubre y La Princesa)	1 Psiquiatra/Psicólogo Clínico en CSM 12 de Octubre (Carabanchel y Usera) 2 Psiquiatra/Psicólogo Clínico CSM del H. Clínico San Carlos (Centro y Chamberí) 1 Psiquiatra/Psicólogo Clínico CSM del H. La Princesa (Chamartín)
Dirección Asistencial Sureste (Gregorio Marañón, Infanta Leonor, Henares, Sureste y Niño Jesús)	2 Psiquiatra/Psicólogo Clínico CSM de H. Gregorio Marañón (Moratalaz/Vicálvaro) 2 Psiquiatra/Psicólogo Clínico (CSM Villa de Vallecas y CSM de Puente de Vallecas) 1 Psiquiatra/Psicólogo Clínico CSM de H. Henares 1 Psiquiatra/Psicólogo Clínico CSM de H. Sureste
Dirección Asistencial Sur (H.Tajo, Infanta Cristina, Severo Ochoa y Getafe)	1 Psiquiatra/Psicólogo Clínico CSM de Getafe 1 Psiquiatra/Psicólogo Clínico CSM Infanta Cristina 1 Psiquiatra/Psicólogo Clínico CSM I.P. José Germain
Dirección Asistencial Oeste (Móstoles, Alcorcón y Fuenlabrada)	1 Psiquiatra/Psicólogo Clínico CSM de Fuenlabrada 1 Psiquiatra/Psicólogo Clínico CSM de Alcorcón 1 Psiquiatra/Psicólogo Clínico CSM de Móstoles
Dirección Asistencial Este (Ramón y Cajal, Alcalá y Torrejón)	1 Psiquiatra/Psicólogo Clínico CSM de H. Ramón y Cajal (Barajas) 2 Psicólogo Clínico CSM del H. Príncipe de Asturias.(Puerta Madrid)

Total	23 Psiquiatras/Psicólogos Clínicos
-------	------------------------------------

Atención a profesionales sanitarios

La Comunidad de Madrid es la comunidad con mayor número de casos por Covid-19 en el conjunto de España. Se considera que el impacto emocional en los profesionales ha sido elevado al tener que absorber en muy poco tiempo y con poco margen de anticipación el mayor impacto objetivo de la crisis. El escenario fue el más inelástico de todos, triplicando en promedio las UCIS y llegando a quintuplicarse el aforo en algunos hospitales.

Por tanto, se considera **prioritaria** la atención a los profesionales sanitarios del Servicio Madrileño de Salud con problemas de salud mental en la postcrisis por COVID19. Para ello, se plantea el refuerzo en profesionales para la intervención en **tres ámbitos**: ámbito **hospitalario** a través de la **Interconsulta**, ámbito de **Atención Primaria** a través de la derivación **preferente** a los Centros de Salud Mental y desde una perspectiva de **salud laboral** a través del **PAIPSE**, con **la incorporación de 56 nuevos profesionales** (Tabla 9), cuya actividad asistencial englobará también la atención a pacientes (no profesionales) de manera adaptada a la progresión de las necesidades.

Tabla 9. Propuesta de nuevas contrataciones en postcrisis COVID19 para atender a profesionales sanitarios y pacientes (no profesionales)

	Nº de Psiquiatras/Psicólogos Clínicos
Interconsulta y Enlace	31
Centros de Salud Mental	23
Programa Paipse (Profesional sanitario enfermo)	2
Total	56

Se proporcionará atención prioritaria a los profesionales sanitarios de **Servicios de primera línea de los Hospitales como UCI, Urgencias y Emergencias, y plantas de Hospitalización COVID19** por parte de profesionales de los **Servicios de Psiquiatría y Salud Mental del mismo Hospital** con el refuerzo de la atención a la **Interconsulta y Enlace**.

En la mayoría de los hospitales ya se ha venido haciendo durante la crisis COVID19 una atención especializada por parte Salud Mental en estos servicios, en muchos casos a través de profesionales de los Centros de Salud Mental (CSM) que reforzaban la plantilla de Interconsulta, como se ha señalado en el análisis de situación.

En el periodo postcrisis, se trata de que esa atención se mantenga con el **refuerzo especial y específico de profesionales de la interconsulta**, permitiendo por tanto el **retorno de los**

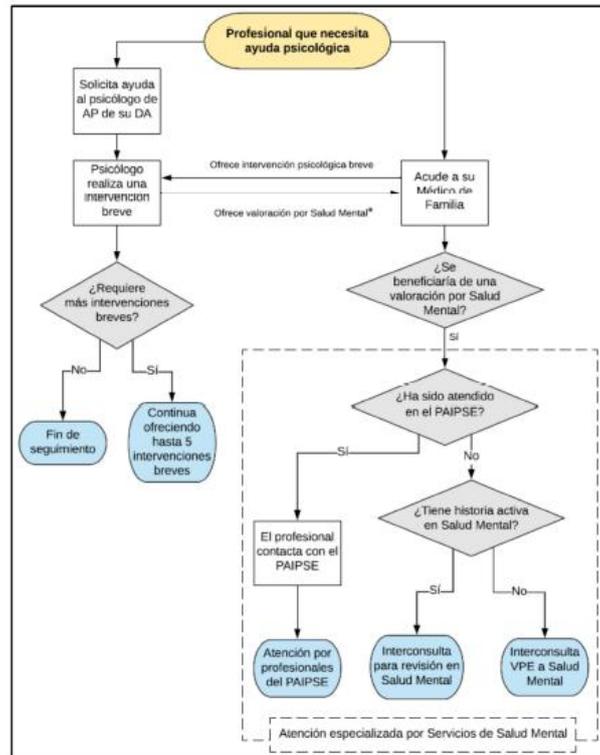
profesionales trasladados a los CSM para proveer la atención adecuada a la demanda también aumentada en la población general. Para ello se prevé la incorporación de 31 nuevos profesionales, en los distintos Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de los Hospitales Generales (Ver tabla 7) conforme a criterios de priorización anteriormente mencionados.

Los **profesionales de Atención Primaria** con problemas de salud mental en el periodo postcrisis serán atendidos, de manera preferente (**VPE Valoración Previa por Especialista**) en los **Centros de Salud Mental**, cuando así esté indicado. Conforme aparece en el Flujograma de atención acordado con la Gerencia de Atención Primaria (ver figura 3), serán derivados aquellos profesionales que han recibido **intervención breve por Psicología de Atención Primaria en más de una ocasión sin mejoría**. Por otra parte, los profesionales que presenten criterios de gravedad, serán derivados directamente y con VPE a Psiquiatría del Centro de Salud Mental. Ver criterios de gravedad en tabla 11.

Tabla 11. Criterios de gravedad para derivación directa a Psiquiatría

Criterios de derivación a Psiquiatría
Riesgo de suicidio o intento autolítico reciente.
Gravedad clínica (depresión-ansiedad moderada/grave, sintomatología psicótica)
Complejidad del diagnóstico diferencial o de tratamiento

Figura 3. Flujograma de atención a profesionales de Atención Primaria con problemas de salud mental. Fuente: Gerencia Asistencial de Atención primaria.



Con el fin de dar respuesta a la demanda aumentada de atención a profesionales sanitarios provenientes de Atención Primaria desde los Centros de Salud Mental, se considera la incorporación de 23 nuevos profesionales (Psiquiatras/Psicólogos Clínicos) de Salud Mental, casi tres por Dirección Asistencial de Atención Primaria, como se mostraba en la tabla 8.

Finalmente, se considera necesario el refuerzo de la **Unidad de Valoración y Orientación del Profesional Sanitario Enfermo (UVOPSE)**, referencia de todo el personal del Servicio Madrileño de Salud con su programa **PAIPSE** (Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo) cuya demanda se estima que aumente en relación al aumento de problemas mentales en los profesionales sanitarios derivados del Covid19. Se considera el refuerzo con 2 profesionales Psiquiatras /Psicólogos clínicos para cubrir la demanda.

Atención a la población de adolescentes con problemas de salud mental de mayor complejidad a través de los Hospitales de Día CET

Con respecto a la atención a la salud mental infanto-juvenil, el Plan de Salud Mental 2018-2020 supuso un refuerzo importante en el número de profesionales en el ámbito comunitario de los Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones

Centros de Salud Mental, imprescindible para atender una demanda creciente en los últimos años, y cada vez más compleja, a través de la atención ambulatoria en consultas. La ratio de profesionales de Salud Mental que atienden a menores en nuestra Comunidad ha mejorado parcialmente, en especial en el ámbito ambulatorio. Otros dispositivos de tratamiento más intensivo como los Hospitales de Día y las Unidades de Hospitalización Breve tienen más recorrido de mejora para adecuarse a las necesidades.

Los Hospitales de Día infanto-juveniles denominados CET (Centros Educativos Terapéuticos), se considera el recurso idóneo para el tratamiento intensivo ambulatorio de los menores con patología más compleja, tipología de población que previsiblemente aumente en relación a la crisis por COVID19. En la actualidad hay cinco Hospitales de Día CET dependientes del Servicio Madrileño de Salud, y dos Hospitales de Día de adolescentes de perfil subagudo adicionales creados al amparo del PSM2018-2020, que atienden a poblaciones supra-hospital, con una distribución geográfica establecida en función de edad y proximidad.

Por tanto, con el fin de reforzar la atención intensiva de población más compleja que se estima aumentada en áreas de mayor repercusión por COVID19, se propone la creación prioritaria de un nuevo **Hospital de Día CET para adolescentes, con 6 nuevos profesionales** (tabla 12) que se integraría en el **Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital La Paz**, con importante tradición de atención a población de infanto-juvenil y que asumiría población de diversas áreas, incluidas con preferencia aquellas con mayor complejidad e impacto COVID19. Contaría con 1 Psiquiatra y 2 psicólogos clínicos infantiles, 2 enfermeras y 1 terapeuta ocupacional.

Tabla 12. Propuesta de nuevas contrataciones en postcrisis COVID19 para atender a Población infanto-juvenil

Hospital de Día CET de La Paz	
Población	ADOLESCENTES
Psiquiatra	1
Psicólogos Clínicos	2
Enfermeras	2
Terapeutas ocupacionales	1
Total	6

► 5. SEGUIMIENTO DE LA CRISIS

Con objeto de tener un conocimiento de la evolución de las necesidades y el ajuste de la respuesta, se realizará un seguimiento estrecho de la actividad

asistencial, a través de indicadores de monitorización de carácter mensual, demanda comparada y análisis de la demanda.

Para la monitorización de la atención en la crisis, se solicitará a los Servicios y Áreas de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental indicadores de seguimiento (tabla 13) con **carácter mensual** en cuatro grupos de población

Tabla 13. Indicadores básicos de seguimiento de la crisis. Monitorización mensual de pacientes atendidos.

GRUPO DE POBLACIÓN	Pacientes Nuevos	Pacientes en seguimiento
Profesionales sanitarios atendidos	Nº de profesionales nuevos atendidos en el mes	Nº Total de profesionales en seguimiento en el mes
Pacientes que han sido hospitalizados por COVID19 y requieren atención por Salud Mental (durante o tras el ingreso)	Nº de pacientes nuevos en el mes	Nº de pacientes en seguimiento en el mes
Familiares en duelo por personas fallecidas por COVID19 que requieren atención por Salud Mental	Nº de familiares en duelo nuevos en el mes	Nº de familiares en seguimiento en el mes
Pacientes con riesgo suicida	Nº de pacientes con citación ARSUIC* en el mes	

*Citación en <7días en pacientes atendidos con riesgo suicida

Para la monitorización homogénea, de estos indicadores en los distintos Servicios y Áreas de Gestión se precisan las siguientes aclaraciones:

- Se solicitará en **número de pacientes y no la actividad (nº de consultas) generada para cada paciente**, con el fin de poder hacer seguimiento adecuado de estos grupos de población de interés en todos los Servicios y Áreas de Gestión.
- Los profesionales que hayan sido ingresados por COVID19 o bien se encuentren en proceso de duelo por un familiar, se contabilizarán sólo como profesionales, no como pacientes COVID19 o familiares en duelo.
- Así mismo, los pacientes COVID19 (que no sean profesionales) y que estén en proceso de duelo por un familiar, se contabilizarán sólo como pacientes COVID19.
- Se realiza seguimiento de pacientes independientemente de que la atención se realice de forma individual o grupal

- Los pacientes con citación ARSUIC en el caso de que se trate de profesionales, pacientes COVID19 o familiares en duelo se contabilizarán de forma duplicada, como una de esos grupos de población y como paciente con riesgo suicida.

La demanda global se analizará de forma centralizada y comparada con años previos, ajustando por la demanda demorada por la crisis. Así mismo, se realizará una investigación evaluativa global de la necesidad en Salud Mental y la demanda generada en la crisis COVID19, en colaboración con los Servicios y Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental, a través de un **proyecto específico** con variables de estudio que se enviará a los centros.

▶ 6. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

- Adams RE, Boscarino JA, Galea S. Social and psychological resources and health outcomes after the World Trade Center disaster. *Soc Sci Med* 2006; 62:176-188.
- 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 Mar 14;395(10227):912-920.
- Center for Diseases Control and Prevention. Crisis and Emergency Risk Communication. Psychology of a Crisis. Update 2019. https://emergency.cdc.gov/cerc/ppt/CERC_Psychology_of_a_Crisis.pdf
- Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, He L, Sheng C, Cai Y, Li X, Wang J, Zhang Z. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr;7(4):e15-e16.
- Cheung YT, Chau PH, Yip PSF. A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(12):1231-8.
- Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, Hom MA, Tucker RP, Hagan CR, et al. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychol Bull*. 2017;143(12):1313-45.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Datos Covid19 Comunidad de Madrid. 18 de mayo de 2020. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/200518_cam_covid19.pdf
- Damir Huremović. *Psychiatry of Pandemics. A Mental Health Response to Infection Outbreak*. Springer2019.
- Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Red de Vigilancia Epidemiológica. Informe epidemiológico semanal. Semana 19. 2020.

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_epidemiologico_semanal.pdf

- IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings . Interim Briefing Note addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak Version 1.5. February 2020.
- Grupo de referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en contextos de emergencias. Salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias humanitarias: ¿Qué deben saber los actores humanitarios de salud? OMS. Ginebra, 2010. http://www.who.int/mental_health/emergencias/what_humanitarian_health_actors_should_know_spanish.pdf?ua=1
http://www.who.int/mental_health/publications/what_should_humanitarian_health_actors_know/en/
- Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav Immun*. 27 de abril de 2020;
- Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. [Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19]. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. Chin J Ind Hyg Occup Dis*. 2020;38(3):192-195.
- Jeong H, Yim HW, Song YJ, Ki M, Min JA, Cho J, Chae JH. Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiol Health*. 2016 Nov 5;38.
- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 02 de 2020;3(3):e203976.
- Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, et al. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 02 de 2020;17(9).
- Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. *Lancet Psychiatry*. marzo de 2015;2(3):239-45.

- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Servicio Madrileño de Salud. Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020. 2018. Disponible en <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Propuesta de actuaciones para mejorar la adecuación de la demanda y la calidad de la atención en Salud Mental a las personas con trastornos de ansiedad y depresión leve y leve-moderada. Diciembre 2019. [Documento Técnico Interno].
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Servicio Madrileño de Salud. Guía de actuaciones en Psiquiatría, Salud Mental y Apoyo Psicosocial en la pandemia por COVID19. Marzo-Mayo 2020. [Documento Técnico Interno]
- Park JS, Lee EH, Park NR, Choi YH. Mental Health of Nurses Working at a Government-designated Hospital During a MERS-CoV Outbreak: A Cross-sectional Study. Arch Psychiatr Nurs. 2018 Feb;32(1):2-6. doi: 10.1016/j.apnu.2017.09.006. Epub 2017 Sep 5.
- Qi R, Chen W, Liu S, Thompson PM, Zhang LJ, Xia F. Psychological morbidities and fatigue in patients with confirmed COVID-19 during disease outbreak: prevalence and associated biopsychosocial risk factors (Short title: Psychological morbidities and fatigue in COVID-19 patients) MedRxiv [Internet]. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.08.20031666v1>
- Rogers JP Edward C, Oliver D, Pollak T, Fusar-Poli P, Zandi M. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. The Lancet. May 18, 2020 Published online [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
- Sira. Grupo de Acción Comunitaria. Guía de apoyo psicosocial durante el brote de coronavirus.2020
- Sociedad Española de Psiquiatría. Guía Covidsam para la intervención en salud mental durante el brote epidémico de covid-19.2020.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet Lond Engl. 2009; 374(9686):315-23.

- UCM. Universidad Complutense de Madrid. El 79,5 por cien de los sanitarios sufren ansiedad y el 40 por cien se siente emocionalmente agotado tras la primera oleada de atención hospitalaria por Covid-19. [Nota de prensa] 18 de mayo de 2020. Disponible en <https://www.ucm.es/estudio-laboratorio-psicologia-trabajo>
- United Nations. Policy brief: COVID-19 and the need for action on mental health. 2020. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf
- U.S. Department of Veterans Affairs. National Center for PTSD. Phases of traumatic stress reactions in a disaster. Impact phase [online]. 2018 Jan. [cited 2019 Feb]. Available from URL: <https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/index.asp>.
- Van Ommeren et al. Psychosocial and mental health assistance to populations affected by the tsunami: WHO projections and recommendations. *BMJ*; 330:1160-1; 2005.
- Wasserman IM. The impact of epidemic, war, prohibition and media on suicide: United States, 1910-1920. *Suicide Life Threat Behav.* 1992;22(2):240-54.
- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 06 de 2020;17(5).
- WHO. World Health Organization. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020 <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- WHO. World Health Organization. Coronavirus disease (covid-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. 2020 https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0
- WHO/ UNHCR. mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG). Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies. WHO, Geneva, 2015. http://www.who.int/mental_health/publications/mhgap_hig/en/

- Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. Lancet Psychiatry. 2020;7(4):e21.
- Zhang W-R, Wang K, Yin L, Zhao W-F, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. Psychother Psychosom. 9 de abril de 2020;1-9.

▶ 7. FICHA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Ficha de gestión documental:

TÍTULO	Plan de Respuesta Asistencial Prioritaria en Salud Mental en la crisis por COVID19
COORDINADOR	Unidad técnica de planificación estratégica, calidad y evaluación. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones
GRUPO DE TRABAJO/AUTORES	Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones
PROMOTORES	Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones Dirección General del Proceso Integrado de Salud Viceconsejería de Asistencia Sanitaria
GESTOR DE PROVISIÓN	Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales.
DESTINATARIO	Profesionales y pacientes del Servicio Madrileño de Salud y Población General de la Comunidad de Madrid
DISTRIBUCIÓN	Vía Correo electrónico e intranet
EN VIGOR DESDE	Mayo/2020
TIPO DOCUMENTAL	Plan de respuesta asistencial
Cómo nombrar el documento	Plan de Respuesta Asistencial Prioritaria en Salud Mental en la crisis por COVID19

Control de ediciones

VERSIÓN	FECHA	MODIFICACIONES REALIZADAS
00	25/05/2020	Edición original
01	01/06/2020	Seguimiento de la postcrisis
02	15/07/2020	Actualización para gestión de publicación

► ANEXO. NUEVAS CONTRATACIONES DERIVADAS DEL REFUERZO EN SALUD MENTAL EN LA CRISIS por COVID 19

		Interconsulta y Enlace	CSM	Hospital de Día I-J
Hospital General Universitario Gregorio Marañón	1Psiquiatras /2Psicólogos Clínicos.	1	2	
Hospital Universitario Infanta Leonor	1Psiquiatras /2Psicólogos Clínicos	1	2	
Hospital Universitario del Sureste	1Psiquiatras/2Psicólogos Clínicos.	2	1	
Hospital Universitario de la Princesa	1Psiquiatras/1Psicólogo Clínico.	1	1	
Hospital Universitario Niño Jesús	1Psicólogos Clínico	1		
Hospital Universitario del Henares	1Psiquiatra/2Psicólogos Clínicos.	2	1	
Hospital Universitario Príncipe de Asturias	2Psiquiatras/2Psicólogos Clínicos.	2	2	
Hospital Universitario Ramón y Cajal	1Psiquiatras/2Psicólogos Clínicos	2	1	
Hospital Universitario La Paz	2 Psiquiatras 4Psicólogos Clínicos 2 Enfermeras 1Terapeuta Ocupacional	1	2	1 2 2 1
Hospital Universitario Infanta Sofía	1Psiquiatras/1Psicólogos Clínico.	1	1	
Hospital Universitario. Puerta de Hierro	1Psiquiatras/1Psicólogos Clínico.	1	1	
Hospital de El Escorial	1 Psicólogo Clínico	1		
Hospital Clínico San Carlos	2Psiquiatra/2Psicólogos Clínicos.	1+(1)	2	
Hospital Universitario Fundación Alcorcón	1Psiquiatra/1Psicólogo Clínico	1	1	
Hospital Universitario de Móstoles	1Psiquiatra/1Psicólogo Clínico	1	1	
Hospital Universitario Severo Ochoa	2Psiquiatra/1Psicólogos Clínico	2+(1)		
Instituto Psiquiátrico Servicios de SM José Germain	1Psicólogo Clínico		1	
Hospital Universitario de Fuenlabrada	1Psiquiatra/2Psicólogos Clínicos	2	1	
Hospital Universitario de Getafe	2Psiquiatras 1Psicólogos Clínico	1 1	1	
Hospital Universitario Infanta Cristina	1Psiquiatras/1Psicólogos Clínico	1	1	
Hospital Universitario Doce de Octubre	1Psiquiatras/2Psicólogos Clínico	2	1	
Hospital Universitario del Tajo	1Psicólogos Clínico	1		
Totales parciales	Psiquiatras/Psicólogos Clínicos	31	23	
PROGRAMA PAIPSE	1Psiquiatra/1Psicólogos Clínico.	2		
Total Atención a Profesionales + Pacientes		56 FEAS (22 psiquiatras y 34 psicólogos clínicos)		1 Psiquiatras 2 Psicólogos 2 Enfermeras 1 T. Ocup.
Total parcial		56		6
Total			62	



**Comunidad
de Madrid**