

Protección de la salud mental de los trabajadores de la salud en la pandemia de SARS-COV2

Mental health protection for healthcare workers in the SARS-COV2 pandemic

Tamara Galleguillos U.^{1,2}

RESUMEN

Los equipos de salud en el contexto de la pandemia SARS-COV2, han enfrentado estresores sin precedentes. Estudios internacionales del impacto en la Salud Mental de las epidemias y otros desastres, sitúan a los trabajadores sanitarios como grupo de riesgo para el desarrollo de síntomas psiquiátricos. Investigaciones recientes en países que vivieron la magnitud de la crisis del covid-19 antes que latinoamérica, muestran en el personal de salud altos niveles de angustia, síntomas ansiosos y depresivos, entre otros. Habría múltiples factores de riesgo, como el miedo a enfermar o a contagiar a otros, condiciones laborales deficientes y falencias en las estrategias de control de infecciones; a su vez, la mayor experiencia, el acceso a equipos de protección personal, procedimientos correctos de control de infecciones y disponibilidad de intervenciones psicológicas serían factores protectores. En Chile y el mundo se han tomado medidas para el bienestar psíquico de los equipos, sin embargo la evidencia devela que las estrategias más efectivas son aquellas que implican cambios organizacionales y adaptaciones prácticas en las instituciones. Se destaca el rol de los líderes de equipo y de las políticas públicas que protegen a los trabajadores de la salud. Hay sin embargo, una escasez de modelos para proporcionar una atención psicológica continua basada en la evidencia. Resulta inaplazable que la sociedad y en especial las autoridades, tomen conciencia de que la protección de la salud mental de los equipos sanitarios durante la pandemia y después de esta, es prioritaria para subsanar la crisis sanitaria y social.

Palabras Clave: trabajadores de la salud, salud mental, pandemia

1. Psiquiatra, Profesora Asistente Universidad Católica de Chile, Profesora Adjunta Universidad de Chile.

2. Unidad de Hospitalizados San Carlos de Apoquindo UC.

Correspondencia: Tamara Galleguillos, tgalleguillos@u.uchile.cl

ABSTRACT

Healthcare workers in the SARS-COV2 pandemic have faced unprecedented stressors. International studies of the impact on Mental Health of epidemics and other disasters, place health workers as a risk group for the development of psychiatric symptoms. Recent research in countries that experienced the magnitude of the COVID-19 crisis before Latin America, show high levels of anguish, anxiety and depressive symptoms in health personnel, among others. There would be multiple risk factors, such as the fear of becoming ill or infecting others, poor working conditions and shortcomings in infection control strategies; in turn, greater experience, access to personal protective equipment, correct infection control procedures, and availability of psychological interventions would be protective factors. In Chile and in the rest of the world, measures have been taken for the mental well-being of the teams, however the evidence reveals that the most effective strategies are those that involve organizational changes and practical adaptations within the institutions. The role of team leaders and public policies that protect health workers are highlighted. There is, however, a dearth of models for providing evidence-based continuing psychological care. It cannot be postponed that society, and especially the authorities, become aware that protecting the mental health of health teams during and after the pandemic is a priority to correct the health and social crisis.

Keywords: health workers, mental health, pandemic

INTRODUCCIÓN

Existen numerosos antecedentes de los efectos psíquicos de situaciones como desastres naturales y epidemias, sobre los trabajadores de la salud. En todos los reportes de las epidemias de SARS, MERS, Ébola y H1N1, el personal que estaba en contacto con pacientes afectados tuvo altos niveles de estrés agudo y post traumático, así como también angustia psicológica significativa. Las preocupaciones se centraban en enfermar, contagiar a familiares, pacientes y/o compañeros de trabajo. En dichos estudios se plantearon como factores de riesgo ser joven, padres de hijos dependientes, tener un familiar infectado, cuarentenas más prolongadas, falta de apoyo práctico y el estigma social. Se asociaron a menor morbilidad el ser mayor o tener más experiencia clínica, el descanso apropiado, acceso a equipos de protección personal (EPP) adecuada, comunicación clara con el personal, apoyo práctico, desarrollo de protocolos de apoyo al personal y acceso a atención psicológica⁽¹⁾.

La existencia de efectos en la salud mental a largo plazo, en un seguimiento de 1 a 2 años, encontraron síntomas de Burn out, angustia psicológica, estrés post traumático y comportamiento adictivo (nicotina y alcohol).

No solo los trabajadores de la llamada primera línea serían afectados, sino también los de segunda línea, que aunque sufren traumas indirectos, también verían mermada su salud mental⁽²⁾.

Un estudio Chino de la epidemia de SARS 2006, considerando una muestra de 549 funcionarios en el Hospital de Beijing encontró que el 10% tenía un TEPT severo. Quienes trabajaban en lugares de alto riesgo o que tenían amigos o parientes que habían contraído la enfermedad, tenían 2 a 3 veces más probabilidades de tener síntomas de TEPT (Trastorno de Estrés Post Traumático). La aceptación altruista de los riesgos relacionados al trabajo se relacionó negativamente con los niveles de TEPT⁽³⁾.

En respuesta a otras catástrofes, tales como el tifón Haiyan en Filipinas en 2013, encontraron que los trabajadores expuestos a 6 o más factores de estrés traumático o acumulativo durante su despliegue, o una combinación de 3 factores específicos: realizar tareas fuera de las habilidades percibidas; lesión, muerte o enfermedad grave de un compañero de trabajo; o sentir que la propia vida estaba en peligro, tenían un mayor riesgo de desarrollar TEPT 3 meses después⁽⁴⁾.

Se espera que en Chile, como en el resto del mundo, la Pandemia de SARS-COV2, nos asole no solamente en términos de la propia enfermedad, sino también desde el aumento de patologías psicológicas y psiquiátricas, afectando mayormente a grupos de riesgo, como el personal de salud.

SALUD MENTAL DE LOS EQUIPOS DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.

China es quien más estudios ha publicado acerca de la salud mental de los equipos en la pandemia COVID-19, dando a conocer cifras preocupantes en todos ellos. En 34 hospitales Chinos, 1257 profesionales de la salud, se reportó 50,4% de síntomas depresivos, 44,6% de síntomas ansiosos, 34% de insomnio y 71,5% de reacción a estrés ⁽⁵⁾. En Wuhan, donde se inició la pandemia, los reportes de 1.563 profesionales de la salud resultaron en que 50,7% de los participantes informaron síntomas depresivos, 44,7% de ansiedad y 36,1% de alteraciones del sueño ⁽⁶⁾.

Bohlken en una revisión sistemática de los estudios en China, destaca tasas de estrés entre 2,2 a 14,5%. Además concluye que el personal que no trabaja directamente con covid 19 también se ve claramente afectado ⁽⁷⁾.

En España, entre 421 profesionales se encontraron síntomas de estrés, ansiedad, depresión e insomnio, con mayores niveles entre las mujeres y profesionales de más edad. Haber estado en contacto con el virus o el miedo en el trabajo desencadenaron una mayor sintomatología ⁽⁸⁾.

IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA COVID-19 EN UNA MUESTRA DE PROFESIONALES SANITARIOS ESPAÑOLES

En Italia, los médicos desarrollaron insomnio y ansiedad, esto al enfrentar un trabajo sin precedentes y una mayor demanda mental, lo que a veces conducía a renunciar a sus trabajos ⁽⁹⁾.

Muller en la revisión de 46 estudios de salud mental en trabajadores sanitarios de 34 países, reporta que la ansiedad estaba entre el 9% y el 90% con una mediana del 24%, la depresión osciló entre el 5% y el 51%, con una mediana del 21%, problemas de sueño entre el 34% y el 65%, con una mediana del 37% ⁽¹⁰⁾.

Hay considerar que los síntomas del TEPT suelen aparecer meses después de la experiencia traumática y que por lo tanto las cifras del personal de salud podrían llegar a ser más altas, pero aún sería temprano para detectarlas ⁽¹¹⁾.

Afortunadamente la mayoría de las personas enfrentadas a trauma no desarrollan respuestas psicopatológicas o que impliquen síntomas clínicos significativos, pero algunos podrían experimentar síntomas subclínicos que influyen en su calidad de vida. Albott describe la presencia de: sensación continua de angustia, preocupación, irritabilidad, trastornos del sueño o la concentración, alteraciones en la función laboral, dificultades en las relaciones interpersonales, aumento del consumo de sustancias, somatizaciones y desánimo. Si tales sensaciones continúan en el tiempo, sumado a que continúe la incertidumbre y la carga en el lugar de trabajo, las personas corren el riesgo de Burn Out. Esta es una patología subdiagnosticada y quienes la padecen consultan poco. Los peligros a largo plazo de la despersonalización, el agotamiento emocional y la percepción de un logro reducido, son la menor capacidad para utilizar estrategias de afrontamiento eficaces, la desvinculación del trabajo y la merma de la calidad de atención, pero por otra parte, el agotamiento también está relacionado con el suicidio de médicos en múltiples especialidades ^(12,13). (Khun, Albott)

En Chile, ya existen primeros reportes del estudio "The COVID-19 Health Care Workers Study", donde participan de 36 centros de salud Chilenos, encuestados entre mayo y Julio del 2020, e incluyó a los profesionales de la salud y

a los otros trabajadores del área. Los resultados revelan que 31,4 % presenta síntomas depresivos moderados a graves, casi el doble de lo detectado antes de la pandemia; 54,8% del personal podría tener un trastorno mental común. Los síntomas más frecuentes fueron alteraciones del apetito (38,6%); alteraciones del sueño (32,7%); falta de energía y cansancio (37,3%); problemas de concentración (19%) y anhedonia (16,3%). Las cifras serían concordantes con los reportes de otros países y son las cifras históricamente más altas de síntomas psiquiátricos encontrados en personal de salud en Chile ⁽¹⁴⁾.

ESTRESORES, FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES:

Las indagaciones internacionales también se han enfocado en identificar cuáles son los principales estresores en el personal de salud durante la pandemia de SARS-COV2, así como también determinar factores de riesgo para desarrollar patología mental y factores protectores o pro-resiliencia.

Factores de riesgo sociodemográficos serían edades extremas, género femenino, especialidad, tipo de actividad y nivel de proximidad a los pacientes con COVID-19 ⁽¹⁰⁾. En un estudio de Lai en China, tenían mayor riesgo de gravedad las mujeres, enfermeras, que trabajaban en primera línea ⁽⁵⁾. Pero es posible suponer que se ven afectados todos los funcionarios de la salud ⁽²⁾.

Se identificaron como fuente de ansiedad en trabajadores sanitarios la magnitud, duración y efectos finales de la crisis; las preocupaciones sobre el nivel de preparación o capacitación individual y organizacional; la falta de EPP adecuadas y otros suministros médicos; la carencia de medicamentos y vacunas efectivos; la cuarentena, las dificultades del cuidado de los hijos, el contagio de familiares, morir o tener secuelas por la enfermedad, temor por los colegas; falta de apoyo social ^(1,5,15)

Yuchen Ying y cols, en un estudio Chino de trabajadores de la salud y sus familias, reporta las mismas preocupaciones ya mencionadas, pero además menciona como factor de riesgo para síntomas depresivos el aumento del tiempo de trabajo semanal ⁽¹⁶⁾.

El Hage, habla de los factores de estrés sociales e individuales de los trabajadores de la salud en Francia, algunos de ellos parecen muy similares a los que podrían existir en nuestro país: Afluencia masiva de pacientes e instrucciones organizativas en constante evolución que imponen grandes exigencias a las capacidades cognitivas (memoria de trabajo y flexibilidad). Toma de decisiones repetida, rápida, difícil, lo que genera una fuerte tensión psíquica y un posible agotamiento cognitivo. Los esfuerzos no se ven recompensados con el éxito terapéutico, ya que el número de muertes es inusualmente alto, se crea así un sentimiento de ineficacia personal y su función como profesional. Mantener una vida familiar se vuelve imposible en el contexto del confinamiento y plantea un aumento de la carga emocional. Situaciones como la prohibición de visitas a los pacientes y puntualmente que los fallecimientos sean alejados de familiares y amigos, genera a los profesionales culpa e impotencia ⁽²⁾.

Resulta interesante la discusión en relación al Daño Moral, que se puede definir como la angustia psicológica que resulta de las acciones, o la falta de ellas, que violan el código moral o ético de alguien. Este daño no se clasificaría como una enfermedad mental, pero si alcanza a generar intensos sentimientos de culpa, vergüenza, rabia y disgusto. El perjuicio moral sería un posible factor de riesgo para desarrollar depresión, TEPT e incluso ideación suicida ⁽¹⁷⁾. Circunstancias que podrían generar este daño moral en los trabajadores de la salud es la disquisición ética de dejar de atender un paciente, por ejemplo por no contar con EPP adecuados o el dilema “de la última cama”. En Chile durante el primer peak de la pandemia, se debieron generar protocolos mucho más estrictos que los habituales para elegir a los candidatos a

camas críticas y a ventilación mecánica, también tuvieron que utilizar infraestructura que no estaba diseñada para eso (máquinas de anestesia como ventilador mecánico, entre otras)⁽¹⁸⁾.

Las personas mayores y con mayor experiencia clínica experimentaron menos estrés, si bien en algunos estudios la edad avanzada se coloca como factor de riesgo para tener enfermedad mental, al parecer cuando esta se relaciona con experiencia profesional, resulta protector⁽¹⁾.

Factores pro resiliencia serían el apoyo emocional que brinda la familia y los pares profesionales, desde el Modeling de los profesionales seniors, hasta el que la familia se sienta orgullosa de su labor clínica⁽¹⁹⁾.

También resultaron variables protectoras, mantener horarios de trabajo adecuados, tener tiempo y lugares de descanso seguro, adecuada capacitación, comunicación clara entre el personal y la fe en las medidas de precaución, acceso a EPP, los procedimientos correctos de control de infecciones y el acceso a intervenciones psicológicas^(1,7,20,21).

Se puede inferir por lo tanto la importancia de las políticas públicas en el cuidado de la salud mental de los trabajadores de a salud, puesto que estas impactan directamente en la calidad de vida del personal y en el cómo deben realizar su trabajo, así como también es muy relevante la labor institucional de los espacios de trabajo y la conducción de los líderes de instituciones y equipos^(2, 10,11, 20,22).

INTERVENCIONES PARA CUIDAR A LOS EQUIPOS DE SALUD IMPLEMENTADAS EN PANDEMIA COVID-19

En esta sección se revisará la experiencia internacional y nacional desarrollada entre marzo y septiembre de 2020, considerando fecha en que se escribió este artículo.

LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL:

La emergencia sanitaria actual no tiene precedentes, de ahí que exista una escasez de modelos para proporcionar una atención psicológica continua basada en la evidencia a los trabajadores sanitarios y sus familias. Muchas de las consideraciones y sugerencias que se entregan tienen poca evidencia sustancial que las respalde y se basan en la experiencia, las solicitudes directas de los profesionales de la salud y el sentido común⁽¹⁵⁾. Por otro lado, la información y los consejos emergentes de COVID-19 que se entregan por diversas vías a los empleados sanitarios, pueden resultar abrumadores y dispersos, siendo solo una “sobrecarga de información”⁽²³⁾.

Las estrategias implementadas internacionalmente corresponden a líneas telefónicas 24/7, programas de apoyo online, programas de relajación y meditación (reducción de estrés basado en mindfulness) para los equipos de salud que trabajaban directamente con covid, paquetes de aprendizaje digital de orientación, apoyo y señalización basados en evidencia. Creación de espacios de descanso y atención psicológica al personal^(23,24). Hasta ahora, solo un par de publicaciones evaluaron la eficacia de las medidas que han tomado⁽¹⁰⁾.

Un programa con evaluación de eficacia “Battle Buddies” (el compañero en la batalla), desarrollado por el ejército de EEUU, sería una intervención de resiliencia psicológica de rápido despliegue, basada en un modelo de apoyo entre pares, con métodos basados en evidencia⁽¹²⁾.

Varios autores sugieren que implementar primeros auxilios psicológicos (PAP), en el personal que necesita apoyo emocional, es eficaz, en cambio desaconsejan el debriefing pues no solo no da buenos resultados, sino que puede empeorar a personas que estén cursando una situación postraumática (Golden).

La mayoría de los autores concluyen que las estrategias más efectivas son aquellas que implican cambios organizacionales y adaptaciones prácticas en las instituciones, tales como:

- Comunicación clara entre las autoridades gubernamentales y las autoridades de las instituciones, así como entre estas y el personal a cargo.
- Medidas de cuidado de las condiciones laborales, descanso, tiempos protegidos para comer y para contacto telefónico o virtual con familiares, proveer o facilitar la alimentación. Rotativas de turnos, redistribuciones voluntarias de funciones o unidades, alojamientos alternativos a sus casas para los funcionarios, acceso asegurado a EPP y asesoría sobre su correcto uso. Procedimientos protocolizados para el control de infecciones, que incluyan capacitación y educación sobre las enfermedades infecciosas a todo el personal.
- Medidas de cuidado de la Salud Física de los propios trabajadores (y por lo tanto también de su salud mental), como la realización de pruebas de SARS-COV2 gratis y de fácil acceso, prioridad en tratamientos y prevención.
- Cobertura económica para funerales y otros costos de la pandemia para el trabajador y sus familiares, compensaciones económicas por los riesgos y como forma de motivación al trabajo.
- Reconocimiento social de las autoridades de gobierno y figuras públicas. Bienes e insumos básicos cubiertos para los trabajadores y sus familias.
- A nivel social general se debe abordar el estigma y la discriminación contra los trabajadores de la Salud. ^(1, 2, 10, 23,25).

Según Blake, los profesionales de la salud han solicitado cinco cosas a su empleador durante la pandemia de COVID-19: “escúchame, protégame, prepárame, apóyame y cuidame”. Los empleadores deben brindar apoyo psicosocial temprano, centrado en crear un entorno psicológicamente seguro, un liderazgo fuerte, y estrategias organizacionales claras. Debe existir bienestar, comunicación constante y apoyo práctico y moral al equipo. Buscar un entorno que fomente la resiliencia individual, la autocompasión y el autocuidado : “construir una cultura de resiliencia organizacional”⁽²³⁾.

Algunos autores describen desgano o incluso ausencia de solicitud a los dispositivos de atención psicológica tales como líneas telefónicas especiales para equipos de salud y atención especializada. Se podría explicar por la falta de reconocimiento de las dificultades psicológicas por parte de los trabajadores, así como la poca conciencia de su necesidad de más descanso y autocuidado. De ahí también concluyen, que las medidas concretas en la organización y la logística de su vida laboral y extra laboral, resultan más adecuadas a las necesidades de los cuidadores que el apoyo psicológico ⁽²⁾. Se informa que los trabajadores de la salud utilizaron otros recursos o tenían estrategias individuales para abordar su propia salud mental durante la pandemia, independientemente de las intervenciones formales. La “familia” fue el mecanismo de afrontamiento del estrés más utilizado (78,5%), reportan que las telecomunicaciones con amigos y familiares también eran relevantes ^(10,19).

LA EXPERIENCIA EN CHILE:

En nuestro país desde el inicio de la pandemia por Covid-19, se realizaron acciones por parte de las instituciones de educación superior, los gremios de la salud y otras entidades, que venían a las autoridades acerca de la necesidad de cuidar a los equipos de salud, entre marzo y

abril del 2020 se publicaron casi al mismo tiempo múltiples guías para el cuidado de la salud mental del personal de salud, de diversas fuentes, con recomendaciones similares, así como se hizo difusión de los deberes y derechos laborales de los trabajadores de la salud en situaciones de emergencia sanitaria según la legalidad vigente⁽²⁶⁾.

El Ministerio de Salud de Chile, entregó guías de cuidado de la salud mental a población general y grupos de riesgo, entre ellos los equipos de salud. En Junio del 2020 se abre una plataforma online de ayuda psicológica denominada “Saludable-Mente”, donde están disponibles una serie de consejos de autocuidado y la opción de que a través de un “Hospital Digital”, los trabajadores tengan acceso a una atención por un profesional de la salud, que se puede agendar 24/7. Además existieron “planes de acción local”, donde se brindaba apoyo a las instituciones sanitarias para generar programas de cuidado de salud mental a sus trabajadores⁽²⁷⁾. Aún no hay reportes publicados de cómo ha funcionado esa experiencia en términos de número de consultantes ni de resultados a corto, mediano y largo plazo.

El programa de Salud Mental ministerial y algunos programas de protección de la salud mental de los equipos de la Universidad Católica, Universidad de Chile y Universidad Diego Portales, están basadas en Normas Internacionales de continuidad operacional (ISO 22302)⁽²⁸⁾, sugerencias de la OMS, la “Guía metodológica para el diseño y planificación de programas de apoyo psicosocial para emergencias, desastres y catástrofes basado en el modelo cúbico de intervención psicosocial” de Marín y cols⁽²⁹⁾ y la “propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y meta-análisis” de Figueroa y cols⁽³⁰⁾. Además el programa “Lugar Seguro” de la Universidad Católica de Chile y el programa PASE (Programa de Apoyo a la Salud Emocional) del Hospital Clínico de la Universidad de Chile⁽³¹⁾, se

apoyaron también en un programa generado por la Universidad Católica de Chile durante el estallido social de Octubre del 2019 en Chile: PROTOCOLO PCO-UC “Tranquilo, te apoyamos, somos comunidad”⁽³²⁾.

Las instituciones públicas de salud se acogieron a los instructivos del Ministerio de Salud y además algunos centros hospitalarios públicos han implementado por iniciativa propia, estrategias de cuidado para sus equipos, sin embargo, aunque no hay publicaciones que lo precisen, impresiona que las medidas no han sido homogéneas y que hay algunos centros de salud en los que no se logró real conciencia de la importancia de este tema, en especial porque ante un sistema de salud colapsado, es frecuente que la salud mental quede en las últimas prioridades. Para dimensionar la presión que sufrió el sistema de salud, cabe señalar que por ejemplo la ocupación de camas UTI llegó a un 400% más de lo habitual en el mes de Junio del 2020.

No se han resuelto las temáticas que involucran el apoyo social, ni el acceso a la salud de los trabajadores sanitarios, si bien están en parte cubiertos por sus mutualidades, esto no resuelve todas las necesidades, en especial las de salud mental. Un caso especial es aquel de los trabajadores de la salud que no están incluidos en el código sanitario, quienes quedan mucho más desprotegidos en términos laborales.

RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE LOS EQUIPOS DE SALUD COVID:

Como lo hicieron quienes desarrollaron programas de cuidado de la salud mental de los equipos en nuestro país, lo que hasta ahora parece mejor sistematizado y con más evidencia es el apoyo psicosocial para emergencias, basado en el modelo cúbico de apoyo psicosocial. En este se organizan las acciones según el grupo a quienes estará dirigido, determinando en cada grupo el nivel de exposición al estresor y dando enfo-

que específico a grupos de riesgo. Además se planifica según el momento de la intervención (antes, durante, después) y considerando el nivel de alcance (difusión, apoyo profesional, manejo profesional, manejo por expertos y manejo experimental). Acerca de la mejor manera de enfocar las intervenciones, resulta gráfica la pirámide de intervención de salud mental e intervención psicosocial de IACS (Inter-Agency Standing Committee. Figura 1.



La aplicación de esta clase de intervenciones psicosociales requiere que las políticas públicas, que son el pilar fundamental del cuidado del personal de salud estén alineadas con las necesidades de los trabajadores.

El segundo pilar para el cuidado de los equipos, también ligado al punto anterior, son las políticas institucionales y las acciones que tomen los líderes de los equipos. Existen guías que contienen las recomendaciones a líderes e instituciones, tanto nacionales como internacionales^(20,33,34).

Por último, el tercer pilar, es el autocuidado individual. Estas recomendaciones podemos dividir las en cinco grandes puntos:

- Aprender a sentir las necesidades físicas y emocionales y buscar activamente satisfacerlas de forma saludable

- Activar todas las redes de apoyo para la contención práctica y emocional
- Aprender y aceptar que van a existir emociones negativas normales en la contingencia
- Aprender técnicas de manejo del estrés tales como respiración -relajación y utilizarlas regularmente
- Saber cuándo buscar ayuda de un profesional de la salud.

Las guías de recomendaciones para líderes e instituciones y para el autocuidado individual se incorporaron en la bibliografía⁽³⁵⁾.

CONCLUSIÓN:

Las instituciones de salud en Chile y a nivel mundial han hecho una labor titánica en re-adequar sus recursos y organización, los profesionales han demostrado una capacidad de adaptación excepcional, sin embargo resulta inevitable que los trabajadores sanitarios sean un grupo de alto riesgo, por el nivel de estrés que deben afrontar.

Debemos prepararnos para cubrir los flancos de prevención y tratamiento de los cuadros de salud mental actuales y posteriores a la pandemia, en un contexto social más difícil, pues las consecuencias económicas y sociopolíticas de este período histórico complejizan la situación.

Los gobiernos y las organizaciones políticas en general tiene una tarea ineludible: incorporar la salud mental como una prioridad social y por lo tanto legislar y planificar con una mirada a corto, mediano y largo plazo, en torno a mantener sanos a los equipos de salud, quienes en estos momentos están siendo el bastión de la pandemia por covid-19 y cuyo agotamiento, enfermedad y deserción, no hará más que agravar la catástrofe.

Los investigadores de la salud por su parte, deberán apurar el estudio de las estrategias desplegadas en los distintos países y sus resultados, para así tener una base sólida con evidencia científica de qué hacer y qué no, idealmente pensando y construyendo programas de prevención e intervención psicosocial, psicológica y psiquiátrica que puedan llevarse a cabo y que sean eficientes, aún contando con pocos recursos económicos y tomando en cuenta que estamos ante una emergencia inédita, de larga duración y término incierto.

AGRADECIMIENTOS:

A la Sra Jaqueline Medel por su invaluable aporte a este y otros artículos, a la Dra María Jesús Pacheco por su valiosa colaboración en el análisis de los artículos y al equipo docente del curso "Proteger la salud mental en la pandemia COVID-19" de la Clínica Psiquiátrica Universitaria, instancia desde donde nace este artículo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*. 2020 May 5;369:m1642.
2. El Hage W, Hingray C, Lemogne C, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? . *Encephale*. 2020;46(3S):S73-S80.
3. Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):302-311.
4. Schreiber M, Cates DS, Formanski S, King M. Maximizing the Resilience of Healthcare Workers in Multi-hazard Events: Lessons from the 2014-2015 Ebola Response in Africa. *Mil Med*. 2019 Mar 1;184(Suppl 1):114-120.
5. 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*. 2020;3(3):e203976.
6. Li W, Yang Y, Liu ZH, et al. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *Int J Biol Sci*. 2020;16(10):1732-1738. Published 2020 Mar 15.
7. Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, Pumberger M, Riedel-Heller SG. COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. *Psychiatr Prax*. 2020 May;47(4):190-197.
8. María Dosil Santamaría, Naiara Ozamiz-Etxebarria, Iratxe Redondo Rodríguez, Joana Jaureguizar Alboniga-Mayor, Maitane Picaza Gorrotxategi. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles, *Rev Psiquiat Salud Ment* 2021 14(2):143-151.
9. Oladunjoye A, Oladunjoye O. An evolving problem-Mental health symptoms among health care workers during COVID-19 pandemic [published online ahead of print, 2020 Jun 23]. *Asian J Psychiatr*. 2020;54:102257.
10. Ashley Elizabeth Muller, Elisabet Vivianne Hafstad, Jan Peter William Himmels, Geir Smedslund, Signe Flottorp, Synne Øien Stensland, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review, *Psychiatry Research*, 2020, Volume 293. ISSN 0165-1781.

11. Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2020;275:48-57.
12. Albott CS, Wozniak JR, McGlinch BP, Wall MH, Gold BS, Vinogradov S. Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. *Anesth Analg.* 2020;131(1):43-54.
13. Kuhn CM, Flanagan EM. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. *Can J Anaesth.* 2017 Feb;64(2):158-168. English.
14. Alvarado R, Tapia T. Primer informe del estudio "The COVID-19 Health Care Workers Study" basado en Síntomas Depresivos y el Malestar Psicológico. <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/167313/primer-informe-the-covid-19-health-care-workers-study>
15. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA.* 2020 Jun 2;323(21):2133-2134.
16. Ying, Y., Ruan, L., Kong, F. et al. Mental health status among family members of health care workers in Ningbo, China, during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 20, 379 (2020).
17. Greenberg N, Docherty M, Gnanaprasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ.* 2020 Mar 26;368:m1211.
18. Aranda F, Aliste J, Altermatt F, Alvarez JP, Bernucci F, Bruhn A, Cabrera MC, et al. "Recomendaciones para el manejo de pacientes con COVID-19 con indicación terapéutica de ventilación mecánica que eventualmente son conectados a máquinas de anestesia" *Rev Chil Anest* 2020 49(3):1-9.
19. Mohindra R, R R, Suri V, Bhalla A, Singh SM. Issues relevant to mental health promotion in frontline health care providers managing quarantined/isolated COVID19 patients. *Asian J Psychiatr* 2020 51:102084.
20. Dewey C, Hingle S, Goelz E, Linzer M. Supporting Clinicians During the COVID-19 Pandemic. *Ann Intern Med.* 2020 Jun 2;172(11):752-753.
21. Que J, Shi L, Deng J, Liu J, Zhang L, Wu S, Gong Y, Huang W, Yuan K, Yan W, Sun Y, Ran M, Bao Y, Lu L. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *Gen Psychiatr.* 2020 Jun 14;33(3):e100259.
22. Li W, Yang Y, Liu ZH, Zhao YJ, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang YT. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *Int J Biol Sci.* 2020 Mar 15;16(10):1732-1738.
23. Blake H, Bermingham F, Johnson G, Tabner A. Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Apr 26;17(9):2997.
24. Fessell D, Cherniss C. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Beyond: Micro-practices for Burnout Prevention and Emotional Wellness. *J Am Coll Radiol.* 2020 Jun;17(6):746-748.

25. Chersich, MF, Gray, G., Fairlie, L. et al. COVID-19 en África: atención y protección para los trabajadores sanitarios de primera línea. *Salud global* 16, 46 (2020).
26. <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/03/Recomendaciones-SO-CHMET-Covid-19-para-trabajadores-de-la-salud-V01.pdf>
27. Documentos sobre salud mental y apoyo psicosocial del Ministerio de Salud <https://degreyd.minsal.cl/salud-mental-y-apoyo-psicosocial-durante-covid19/>
28. <https://www.normasiso.com/iso-22301-continuidad-del-negocio>
29. Marin H, Figueroa R, Cortés P. "Guía metodológica para el diseño y planificación de programas de apoyo psicosocial para emergencias, desastres y catástrofes basado en el modelo cúbico de intervención psicosocial" Cuadernos de Crisis 2019. N 18 Vol 1. Pag 43.
30. Figueroa Rm Marín H, González M. Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Rev med chil* 2010 138(2):143-151.
31. Barroilhet S, Ibañez C. Programa de Apoyo a la Salud Emocional de los Colaboradores del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Clínica Psiquiátrica Universitaria HCUCH / Depto. Psiquiatría y Salud Mental Norte. http://www.saludpublica.uchile.cl/documentos/programa-pase-hcuch_163384_0_3345.pdf.
32. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/11/Protocolo-Plan-de-continuidad-de-operaci%C3%B3n-y-cuidado-del-personal.pdf>
33. http://www.saludpublica.uchile.cl/documentos/recomendaciones-para-el-cuidado-del-personal-de-salud-durante-covid-19-minsal_163384_2_3345.pdf
34. http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/03/recomendaciones_covid19.pdf
35. http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/03/plan-de-apoyo-a-personal-sanitario-covid19_compressed.pdf