

Cuidando a los que cuidan: diseño e implementación de un programa multinivel y multicomponente para el apoyo psicosocial y atención en salud mental de los trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19

Caring for those who care: design and implementation of a multi-level and multi-component program for psychosocial support and mental health care of health workers during the COVID-19 pandemic

Víctor Gómez P.^{1,2,3,5,6}, Mirko Martinic J.⁴, Cristian López G.^{1,2,3}, Ricardo Prieto S.¹, Catalina Flores L.⁶, Carlos Ibáñez ^{1,2,3}, Sergio Barroilhet D.^{1,2,3}

1. Hospital Clínico Universidad de Chile
2. Departamento Psiquiatría Norte, Universidad de Chile
3. Facultad de Medicina Universidad de Chile
4. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile
5. Doctorado en Psicoterapia, Facultad de Medicina y Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile
6. Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), Santiago, Chile

Correspondencia: Sergio Barroilhet, sbarroilhet@gmail.com

RESUMEN

La pandemia COVID 19 ha traído consecuencias a nivel social, económico, y sanitario en todo el mundo. Los funcionarios de la salud no sólo se encuentran más expuestos al contagio, sino también a múltiples estresores emocionales y mayores necesidades relativas al cuidado de su salud mental. Es fundamental desarrollar estrategias para asegurar el bienestar del personal de salud, el cual tiene un impacto relevante en la capacidad de respuesta ante la crisis sanitaria. Método: Se presenta y discute una estrategia de intervención desarrollada en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, el Programa de Apoyo a la Salud Emocional, formulado a partir de la revisión de literatura actualizada y experiencias de otras instituciones. Resultados: Se formula un programa con cinco niveles de intervención, grupales e individuales, el cual permite detectar y atender necesidades relativas a la salud mental en distintos niveles de complejidad. Discusión: Hay evidencia que respalda la necesidad de cuidado de grupos específicos en esta pandemia, entre ellos los trabajadores de la salud. El programa PASE es un intento de los funcionarios del Hospital para apoyar la labor de sus colegas y trabajadores que se encuentran en el primer frente de acción ante la pandemia.

Palabras Clave: personal de salud, salud emocional, autocuidado psicológico, prevención en salud mental

ABSTRACT

The COVID 19 pandemic has brought social, economic, and health consequences around the world. Health workers are not only more exposed to contagion, but also to multiple emotional stressors and greater needs related to the care of their mental health. It is essential to develop strategies to ensure the well-being of health workers, which will have a relevant impact on the ability to respond to the health crisis. Method: An intervention strategy developed in the Clinical Hospital of the University of Chile, the Emotional Health Support Program, formulated from the review of updated literature and experiences of other institutions, is presented and discussed. Results: A program composed of five levels of intervention aiming to detect and attend to needs related to mental health at different levels of complexity in an individual and group basis was formulated. Discussion: There is evidence that supports the need for care for specific groups in this pandemic, including health workers. The PASE program is a feasible intervention to support the health workers who are on the frontline of action in the COVID-19 pandemic.

Keywords: health personnel, emotional health, psychological self-care, prevention in mental health

INTRODUCCIÓN

La salud mental es una dimensión del bienestar importante a considerar durante este período crítico de la pandemia por COVID-19. Los múltiples cambios provocados por el confinamiento y el distanciamiento social plantean un desafío no sólo para nuestras interacciones sociales, sino también para la prestación de servicios de salud. Medidas restrictivas como las cuarentenas y el aislamiento impactan sobre el bienestar psicológico tanto de las personas como de los equipos de salud, lo cual repercute a su vez en la respuesta a la emergencia sanitaria en curso (Kisely et al., 2020; Talevi et al., 2020). No obstante, la rápida expansión del COVID-19 puso en relieve la brecha en el abordaje de la salud mental frente a este tipo de catástrofes. De hecho, el plan mundial de preparación para la influenza de la OMS, en años anteriores, no mencionaba recomendaciones respecto a la inclusión de un componente de salud mental en el manejo de pandemias, a pesar de la evidencia que mostraba su vínculo directo con la salud de la población general y de los trabajadores de la salud (Huremović, 2019; Ransing et al., 2020).

Los trabajadores de la salud son un grupo particularmente vulnerable. A menudo los sistemas sanitarios son valorados en términos de las camas físicas del hospital o el equipamiento médico disponible. Sin embargo, los activos más fundamentales y valiosos del sistema resultan ser, finalmente, sus recursos humanos. De hecho, la capacidad de amortiguar los efectos de la pandemia, tanto sobre nuestros sistemas de salud como sobre la sociedad en su conjunto, depende en gran medida de que los funcionarios puedan trabajar de manera segura, cohesiva y eficaz (Fukuti et al., 2020). Por ende, es muy importante que los hospitales puedan atender las necesidades fundamentales de los profesionales sanitarios. Esto incluye proporcionar una nutrición adecuada, disponer de elementos de protección personal (EPP) tales como masca-

rillas o delantales para garantizar la protección contra infecciones (Walton, Murray, & Christian, 2020), asegurar el debido cumplimiento de los turnos rotativos, ofrecer tiempos adecuados para descansar y prevenir el exceso de carga laboral (Restauri & Sheridan, 2020). Junto a esto, es fundamental atender a las necesidades de salud mental.

Existe literatura incipiente que ha identificado factores de riesgo para la salud mental de los trabajadores de la salud en contexto de pandemia. Entre los más frecuentes se encuentran los recursos limitados de los hospitales, la amenaza de exposición al virus como un agregado ocupacional de peligro, los turnos más largos, la alteración de los patrones de sueño, el desequilibrio de la vida laboral, dilemas con respecto al deber frente al paciente versus el miedo a exponerse por temor de contagiar a familiares, la incapacidad de satisfacer necesidades personales y familiares debido a la mayor carga de trabajo y falta de comunicación e información actualizada (Raudenská et al., 2020).

Como consecuencia de esto, la mayoría de los funcionarios de la salud podrían presentar síntomas relacionados con el estrés tales como ansiedad, depresión, alteraciones del sueño y angustia emocional, de los cuales alrededor de un 50% de los funcionarios cumplirían criterios para el diagnóstico de un trastorno mental (Greenberg, Docherty, Gnanapragasam, & Wessely, 2020). A su vez, la discapacidad laboral y ausentismo generados por la morbilidad psiquiátrica, sobrecargan al resto del personal, con un riesgo asociado de colapso del sistema por ausencia de personal capacitado (Kisely et al., 2020). En consecuencia, cuando la emergencia comienza a ceder, surge un aumento en la prevalencia de trastornos mentales en la población general, particularmente en el personal que ha prestado servicios en tiempos de catástrofe (Ardebili et al., 2020). Esto contribuye a la saturación de las capa-

ciudades de atención, con un aumento de la morbi-mortalidad y con todo el costo familiar y social que esto conlleva. De este modo, considerar la salud mental de los funcionarios de la salud como parte de las estrategias sanitarias frente a la pandemia, garantizando el acceso abierto y oportuno a apoyo psicosocial y atención psicológica y psiquiátrica resulta clave como deber del estado (Fukuti et al., 2020; Walton et al., 2020).

Frente a la ausencia de un consenso al respecto, en diferentes partes del mundo han surgido diversas iniciativas de apoyo a la salud mental de los trabajadores de la salud. La gran mayoría de estas se han centrado en brindar apoyo emocional a los funcionarios y promover el desarrollo de habilidades de adaptación rápida, como respuesta a las consecuencias más directas de esta crisis sanitaria (Nicholas et al., 2020). Sin embargo, llama la atención la ausencia de publicaciones en la literatura que describan programas multinivel y multicomponente implementados en hospitales generales, que ofrezcan a los trabajadores de la salud un abordaje integral de sus necesidades psicosociales y de salud mental, desde lo comunitario hasta la atención individual especializada.

De esta manera, con la finalidad de atender a las necesidades psicosociales y de salud mental de los funcionarios de la salud de nuestro hospital, el Depto. de Psiquiatría y Salud Mental en conjunto con la División de Recursos Humanos (RRHH) y el Depto. de Comunicaciones del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH), diseñaron un programa multinivel y multicomponente con los siguientes objetivos:

1. Promover el bienestar físico y emocional de todos los colaboradores.
2. Prevenir, dar contención y evaluar la presencia de necesidades en salud emocional en los colaboradores.
3. Brindar apoyo específico en los servicios clínicos de alta demanda para promover la salud emocional y favorecer dinámicas grupales funcionales en sus equipos.
4. Brindar un manejo individual de sintomatología reactiva al contexto de crisis.
5. Brindar un manejo individual de cuadros clínicos propios de la salud mental.

Lo anterior busca abordar el cuidado de los colaboradores con un énfasis en lo comunitario, fortaleciendo el vínculo de los trabajadores con la institución y con sus pares como estrategia para promover la salud emocional, junto con ofrecer espacios que permitan atender necesidades más específicas o de mayor complejidad en el ámbito de la salud mental. Con esta finalidad, se formuló un programa estructurado en cinco niveles de intervención, incluyendo desde el fortalecimiento de lo comunitario hasta el manejo individual de sintomatología clínica u otros cuadros específicos de salud mental.

METODOLOGÍA

Proceso de diseño

Dada la experiencia internacional en China y Europa respecto a la sobrecarga física y emocional del personal de salud, se hizo una recopilación de antecedentes para estructurar un programa que lograra cumplir con los objetivos establecidos. Durante la búsqueda de experiencias nacionales atingentes, se contactó a la Unidad de Psiquiatría de Enlace y Medicina Psicosomática de la Red de Salud UC CHRISTUS, quienes facilitaron un programa diseñado para afrontar el impacto en el personal de salud como consecuencia de la crisis social ocurrida en Chile en octubre de 2019 (Caneo, Chandía & Marín, 2019), junto con compartir detalles sobre la experiencia durante su implementación. Este protocolo y sus componentes

fueron usados como base y referente para el diseño del presente programa. Posteriormente, se llevaron a cabo reuniones con la dirección del hospital, la división de RRHH y el Depto. de Comunicaciones, donde se creó un comité ad hoc para su elaboración. Este comité efectuó una revisión de la literatura científica disponible, una exploración de las necesidades de los colaboradores, y tomó en cuenta factores relacionados con el contexto territorial y las dinámicas culturales propias de la organización. En función de esto se establecieron objetivos con un énfasis en lo comunitario, ajustados a la naturaleza de la emergencia sanitaria actual y a la realidad del hospital.

RESULTADOS

Niveles y componentes del Programa

Se establecieron diferentes niveles y componentes, atendiendo a la creciente complejidad en las necesidades y especialización requerida en las

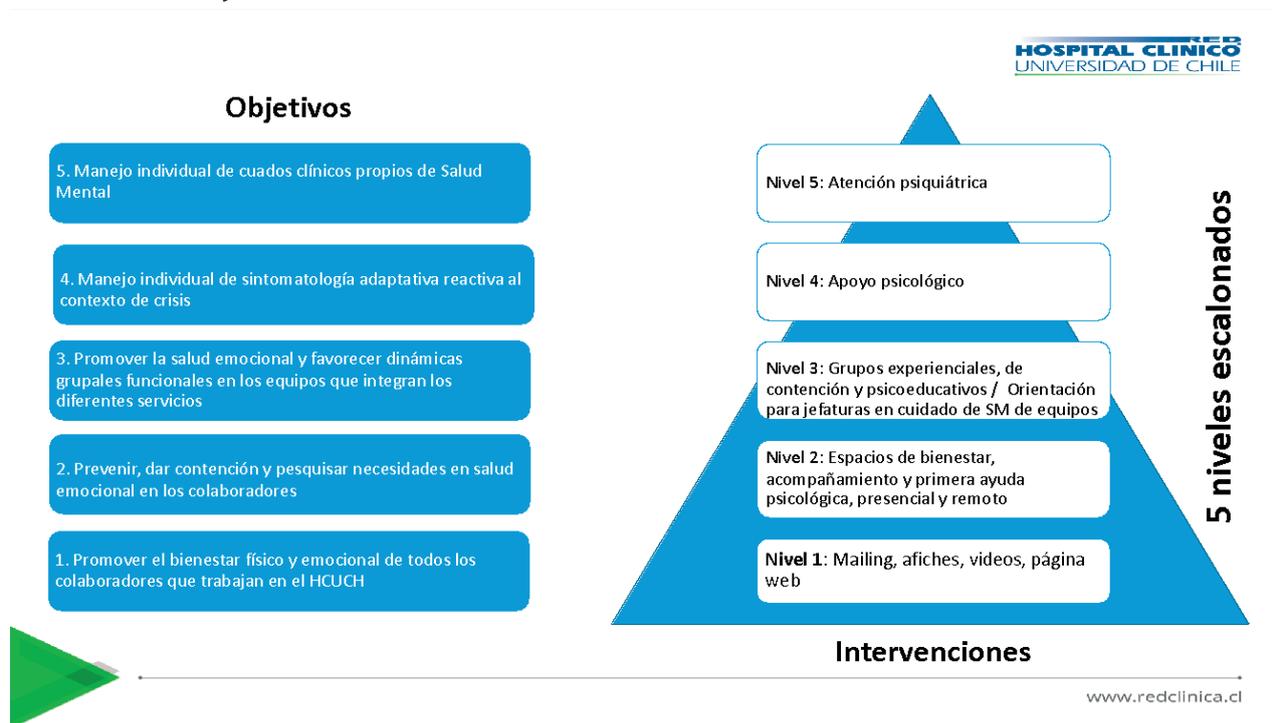
soluciones. Cada nivel se alineó con su objetivo correspondiente (Fig 1).

Nivel 1: Intervenciones masivas para promover el bienestar físico y emocional en la comunidad de colaboradores

Con base en la *centralidad de la persona* del trabajador de la salud, se diseñaron e implementaron estrategias comunicacionales de carácter masivo enfocadas en que cada colaborador pueda tener la experiencia de i) sentirse cuidado por la institución, y de ii) sentir que su trabajo es valorado y tiene un sentido.

Para el punto i) se identificaron cuatro “áreas de necesidad” de los colaboradores: protección a la salud física, protección a la salud mental, estabilidad económica, y conciliación trabajo-familia (Tabla 1). La protección de la salud se tradujo en estrategias tales como la entrega y educación en el uso de EPP, promoción de há-

FIGURA 1. OBJETIVOS Y NIVELES ESCALONADOS DEL PROGRAMA PASE-HCUCH



bitos de sueño y alimentación saludables en el contexto del trabajo en el hospital, difusión de protocolos a seguir en caso de contagio, promoción del autocuidado y del cuidado entre pares, y la difusión de espacios de apoyo emocional y atención en salud mental, tanto para los trabajadores activos como para aquellos cumpliendo cuarentena domiciliaria. Por otro lado, también se buscó reconocer el impacto de los problemas económicos y familiares que para entonces resultaban más preocupantes, ofreciendo a los colaboradores información y apoyo en aspectos tales como: la cobertura de licencias médicas, formas de optimizar la economía del hogar, proteger la salud de las personas con quienes habitan, manejar dificultades propias de la doble presencia trabajo/hogar y cómo acceder a opciones de flexibilidad hora-

ria. El reconocimiento que la institución hace sobre las necesidades de los funcionarios, junto con la implementación de iniciativas que buscan ofrecer apoyo en torno a ellas, han ayudado a fortalecer el sentimiento de pertenencia y cuidado por parte del hospital (Kisely et al., 2020; Walton et al., 2020).

El otro foco en este nivel ha tratado de conectar a todos los colaboradores en torno a un discurso común que responde a la realidad de la crisis actual, dando valor al trabajo individual como indispensable para el logro del objetivo común (Cabanillas-Rojas, 2020; Lissoni et al., 2020). Se ha buscado promover una épica, en la que nuestra comunidad y nuestro país cuentan con nosotros; y una ética sobre la responsabilidad que asumimos al abrazar la vocación de cuidar de otros.

TABLA 1. ALCANCE DEL PROGRAMA PASE

Nivel del Programa PASE	Dispositivo/Intervención	Cobertura
Nivel 1: Intervenciones masivas para promover el bienestar físico y emocional en la comunidad de colaboradores	20 Infografías informativas de actividades	Personal conectado a Redes Sociales
	Difusión en 8 murales distintos en 25 soportes institucionales	Personal presencial en hospital
	20 Correos corporativos	Personal con email en Base de datos institucional
	55 Videos motivacionales	Personal conectado a Redes sociales
	60 Reconocimientos a funcionarios	Personal con email en Base de datos institucional
Nivel 2: Espacios de prevención, contención y evaluación de necesidades en salud emocional de los colaboradores	Sala de Autocuidado	2697 atenciones
	Espacio "Te acompaño"	287 personas (540 atenciones)
Nivel 3: Intervenciones grupales para el autocuidado, cuidado mutuo, y ajuste en el funcionamiento interpersonal de los equipos de salud	Intervenciones grupales	2107 personas (254 grupos)
Nivel 4: Apoyo psicológico para manejo individual de síntomas reactivos al contexto de la crisis sanitaria	Sesiones de apoyo y acompañamiento psicológico	274 personas (1102 atenciones)
Nivel 5: Atención médica individual por presencia incidental o descompensación de cuadros de salud mental.	Sesiones de atención psiquiátrica inicial	225 personas (680 atenciones)

De esta manera, las estrategias comunicacionales han apuntado a fomentar la internalización de la misión institucional en respuesta a la crisis. Fortalecer los liderazgos al interior de la comunidad, asegurar la claridad de la información entregada desde la institución, reconocer el mérito de encarnar los valores de la misión institucional, son algunas de las iniciativas que apuntan a fortalecer el compromiso mutuo entre los colaboradores y el hospital (Greenberg et al., 2020).

Para lo anterior se han empleado diferentes medios comunicacionales incluyendo carteles, infografías, páginas web, videos institucionales y su difusión en redes sociales. Además, se hizo difusión directa durante las intervenciones en los Niveles 2 y 3 del Programa, descritos a continuación.

Nivel 2: Espacios de prevención, contención y evaluación de necesidades en salud emocional de los colaboradores

Este nivel de intervención ha estado compuesto por dos espacios orientados a abordar necesidades básicas y emocionales de los funcionarios:

1. Sala de autocuidado: espacio presencial ubicado dentro de las instalaciones del hospital, lejos de las áreas clínicas, diseñado para ofrecer a los colaboradores un lugar de descanso y relajación. Este lugar ha contado con sillones, camillas, servicio de compresas calientes para relajación, música suave, snack, café, agua, equipos para hacer ejercicio, y dispositivos habilitados para la comunicación por videollamada con familiares. Se han incluido diferentes terapias alternativas ofrecidas por los mismos funcionarios del hospital para sus compañeros, tales como acupuntura, reiki, terapia floral, biomagnetismo, y masoterapia. Cabe notar que el equipo de prevención de infecciones intrahospitalarias ha fiscalizado permanentemente el funcionamiento de este espacio, y ha

dispuesto diferentes medidas para evitar el riesgo de contagio, tales como la declaración de estado asintomático previo al ingreso, uso de ropa no clínica, y aseo constante.

2. Espacio “Te Acompaño”: espacio no presencial de acompañamiento psicológico dirigido a colaboradores que se encuentran en cuarentena ya sea por contagio o contacto con una persona contagiada. El objetivo ha sido dar al colaborador la experiencia de cuidado desde la institución, de que no está solo.

En este nivel, ambos espacios han contado con profesionales capacitados para entregar Primera Ayuda Psicológica (PAP) y hacer derivaciones a niveles de intervención de mayor complejidad en el caso de que los colaboradores hayan presentado sintomatología que pudiera requerir una atención individual especializada.

Nivel 3: Intervenciones grupales para el autocuidado, cuidado mutuo, y ajuste en el funcionamiento interpersonal de los equipos de salud

En este nivel se realizaron intervenciones grupales *ad hoc* para los distintos equipos de trabajo y las realidades que deben enfrentar, con el objetivo de promover la salud emocional y favorecer dinámicas grupales sanas al interior del grupo.

Los abordajes propuestos han tomado en cuenta ciertos principios psicológicos de funcionamiento grupal que pueden ser abordados, ya sea desde a) lo preventivo, focalizados en el autocuidado grupal, b) la orientación emocional, centrados en la promoción de dinámicas grupales sanas y la contención emocional grupal y c) la identificación de problemas propios de las dinámicas grupales tales como dificultades de comunicación, diferencias en los estilos de afrontamiento frente al estrés, conflictos interpersonales o relaciones conflictivas (Cabanillas-Rojas, 2020; Yalom, 1983).

Para esto, se ofrecieron 4 tipos de intervenciones grupales:

a) Talleres grupales psicoeducativos sobre tópicos relevantes tales como el autocuidado y prevención del *burnout*, cómo lidiar con la doble presencia, técnicas de descanso y relajación, trabajo colaborativo, prevención de conflictos interpersonales, comunicación de malas noticias. A esto se suman también temáticas que han sido solicitadas por los mismos colaboradores, en respuesta a la realidad particular de cada equipo.

b) Intervenciones grupales para líderes de equipos, orientadas a brindar psicoeducación respecto a estrategias para el manejo de equipos de salud, las cuales permitieran incorporar el estado emocional de las personas y generar espacios de autocuidado.

c) Intervenciones de apoyo y orientación grupal, realizadas por psicólogos y psiquiatras *in situ*, dirigidas a equipos con presencia de síntomas adaptativos reactivos en varios de sus miembros, así como en presencia de un clima laboral adverso en el contexto del trabajo del equipo. El objetivo fue construir espacios de contención emocional grupal, al mismo tiempo que fortalecer el sentimiento de pertenencia y espíritu de equipo.

d) Intervenciones terapéuticas focalizadas, implementadas en los casos en que han existido problemas interpersonales mayores dentro de los equipos. Aunque no sea raro encontrar estos problemas al interior de cualquier grupo, los conflictos pueden complejizarse rápidamente, entorpeciendo el funcionamiento del equipo y aumentando el desgaste emocional de sus miembros (Rocha & Correa, 2020).

Es importante destacar que en las intervenciones grupales se ha buscado utilizar y potenciar elementos centrales de la dinámica grupal para el trabajo en equipo, tales como la universalidad

del problema, la empatía, la catarsis de grupo, la conducta imitativa, el grupo como microcosmos social, y la transmisión de esperanza entre sus miembros (Yalom, 1983). Asimismo, durante estas intervenciones se ha buscado transmitir los objetivos del Nivel 1 y se ha promovido el acceso a los recursos disponibles en los diferentes niveles del programa.

Nivel 4: Apoyo psicológico para manejo individual de síntomas reactivos al contexto de la crisis sanitaria

El foco central de este nivel ha sido ofrecer apoyo y acompañamiento psicológico individual ante la presencia de sintomatología más compleja, fuera del alcance de los niveles 2 y 3. Esta labor ha sido realizada por psicólogos, siguiendo el modelo de intervención en crisis, con intervenciones breves de entre 3 y 5 sesiones enfocadas principalmente en el manejo del estrés, encontrar soluciones adaptativas y activar los recursos de la persona para ganar control sobre su situación actual (Chirico, Nucera, & Magnavita, 2020; Zaka, Shamloo, Fiorente, & Tafuri, 2020).

Nivel 5: Atención médica individual por presencia incidental o descompensación de cuadros de salud mental.

Ha consistido en una atención psiquiátrica inicial, en formato remoto, dirigido a colaboradores con presencia de un cuadro psiquiátrico o descompensación que requiriera manejo por especialidad.

De forma excepcional se han realizado atenciones de forma presencial en el hospital, restringidas para los siguientes casos: a) trastorno por estrés agudo, b) privación de alcohol o drogas de abuso, c) crisis de angustia severa, d) agitación psicomotora, e) riesgo de suicidio o auto/heteroagresión, f) síntomas psicóticos y g) descompensación severa de un cuadro psiquiátrico con

necesidad de atención inmediata por riesgo para el colaborador o para terceros.

Recursos con los que ha contado el Programa

El Programa PASE ha operado a lo largo de 9 meses (abril a diciembre de 2020). La implementación del nivel 1 ha contado con el trabajo del equipo de Comunicaciones del hospital. La Sala de Autocuidado del nivel 2 operó en el gimnasio del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, siendo posteriormente trasladada al Gimnasio del HCUCH, donde opera actualmente. Esta sala ha sido atendida por kinesiólogos, profesores de gimnasia, psicólogos y terapeutas ocupacionales. Por su parte, el espacio "Te acompaño" ha sido implementado por 10 psicólogas. Las intervenciones del nivel 3 han sido implementadas por 5 psicólogos y 15 psiquiatras en turnos diarios. En el nivel 4 han trabajado 28 psicólogos, permitiendo al programa ofrecer un promedio de 62,5 horas semanales para apoyo y acompañamiento psicológico, mientras que en el Nivel 5 han trabajado 16 psiquiatras, ofreciendo un promedio de 28,8 horas semanales para atención psiquiátrica inicial. En el nivel 4, el 44,8% del total de horas disponibles fueron ofertadas por psicólogos voluntarios afiliados a instituciones asociadas al HCUCH (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Corporación Salvador) mientras que en el nivel 5, el 47,7% fueron ofertadas por psiquiatras voluntarios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Alcance del programa

En el HCUCH trabajan aproximadamente 4000 funcionarios de la salud. En la Tabla 1 se presenta el alcance del programa, reflejado en el número de funcionarios que utilizaron los diferentes dispositivos o intervenciones en cada uno de los niveles, junto con el número de atenciones realizadas durante su operación en el año 2020.

El programa atendió a 368 funcionarios que presentaban un malestar emocional clínicamente significativo como para indicar una intervención clínica en salud mental (Niveles 4 y 5). De ellos, 117 (31,8%) requirieron licencia médica por un diagnóstico psiquiátrico.

DISCUSIÓN

La pandemia del Covid-19 ha traído consigo consecuencias importantes a nivel de salud pública, afectando también al personal de salud que ha estado trabajando en la atención de los pacientes. Si bien los trabajadores de la salud son conocidos por su resiliencia en el lugar de trabajo, la crisis sanitaria provocada por el COVID-19 ha traído consigo una serie de desafíos para este grupo (Kisely et al., 2020; Talevi et al., 2020). A la importante sobrecarga de trabajo en el contexto de un permanente riesgo de contagio, se suman diversas situaciones humanas que pueden llevarles a cuestionar su rol como profesionales sanitarios, cuidadores y/o padres (Sousa, Mohandas & Javed, 2020).

Durante emergencias como esta los individuos hacen uso de los recursos internos que les permiten adaptarse para mantener su salud mental. Sin embargo, para los trabajadores de la salud, la complejidad, omnipresencia, y extensión en el tiempo de la pandemia tienen el potencial de llegar a socavar sus habilidades adaptativas naturales, pudiendo impactar de manera considerable en su salud mental, lo que a su vez puede comprometer la capacidad de respuesta del sistema de salud ante la emergencia (Fiorillo & Gorwood, 2020; Santarone, McKenney, & Elkbuli, 2020; Walton et al., 2020).

Dado lo anterior, las instituciones de salud deben tomar conciencia de la importancia de diseñar planes dirigidos a mantener el bienestar y proteger la salud de sus trabajadores con una mirada integral, lo cual incluye la salud mental. Si bien esto no debiera limitarse a las situaciones de emergencia sanitaria, se plantea como espec-

to fundamental para fortalecer el sistema de salud en contexto de crisis.

Disponer de programas multinivel y multicomponente con foco en lo comunitario, como lo es el programa PASE, parece una estrategia conveniente por cuatro motivos principales. Primero, permite visibilizar y responder a las diversas preocupaciones y necesidades de los trabajadores de la salud en el contexto de la pandemia. Segundo, es una solución ajustada en términos de recursos, dado que pone al alcance de las personas medios e intervenciones adecuadas a lo que cada trabajador requiere. Tercero, se nutre de recursos existentes en la misma organización, promoviendo un sentido de pertenencia y empoderamiento en la solución de las necesidades de la comunidad. Y cuarto, es sensible al contexto territorial y dinámicas culturales del grupo humano que compone la comunidad de personas de la organización.

En cuanto a sus resultados, el programa PASE se ha implementado con un fuerte énfasis en la promoción de bienestar, la prevención del *burnout* y el soporte emocional individual (a través de los PAP en el nivel 2) y grupal (nivel 3). Es posible que este énfasis haya resultado en la menor necesidad de intervenciones clínicas que fue observada en los Niveles 4 y 5. En efecto, menos de un 15% de las personas que hicieron uso de los recursos disponibles en los niveles 2 y 3 del programa requirieron atención clínica en los niveles posteriores. Sin perjuicio de esto, dado que el programa ha sido implementado en un escenario de emergencia, buscando minimizar las barreras de acceso para los funcionarios (DeWolfe, 2000), no se contó con un grupo control o mediciones longitudinales debido a los riesgos asociados a excluir personas de un programa de apoyo en este contexto, lo cual deja pendiente la tarea de evaluar aspectos tales como la eficacia y costo-efectividad del programa. Algunos indicadores preliminares pudieran ser las tasas de ausentismo comparativo respecto a años an-

teriores, junto con el número de licencias médicas presentadas, particularmente aquellas por diagnósticos relacionados a la salud mental.

Aun cuando no es posible contrastar el impacto que ha tenido el programa PASE en torno a los objetivos propuestos, hemos recibido retroalimentación de las personas y equipos con los que el programa ha trabajado, lo que nos ha permitido identificar algunos componentes clave de su aceptabilidad, los cuales son presentados en la Tabla 2. Al respecto, las dificultades reportadas se han relacionado con a) una alta carga laboral que no deja espacio para intervenciones grupales, b) incidencias que han requerido intervenciones urgentes, con cambios en la programación de otras intervenciones, c) dificultades a la hora de coordinar a múltiples prestadores y mantener el flujo de la información del Programa, y d) dificultades en la comunicación con directivos del hospital sobre la operación cotidiana del programa.

Al momento de envío de este trabajo, la pandemia aún no termina y la emergencia sanitaria para los trabajadores de la salud continúa. Puede decirse que nos encontramos en la Fase 5, de *desilusión* en el afrontamiento de la crisis (DeWolfe, 2000). Esta fase plantea sus propios desafíos, dados por el desgaste y el agotamiento frente a una demanda asistencial que no cede, sumado a la incertidumbre frente a nuevas olas de la pandemia en circunstancias donde la vacunación se encuentra aún en una etapa muy temprana. El programa PASE no está exento de esta realidad, enfrentando actualmente el desafío de sostener su continuidad en el tiempo, la cual se sostiene no sólo en el respaldo institucional, sino también en la motivación y persistencia de las personas que han permitido su implementación. Asimismo, resulta difícil estimar el número de trabajadores que aún necesite apoyo para recuperarse por completo de esta experiencia, lo que plantea dificultades adicionales a la hora de definir la extensión y

TABLA 2.
COMPONENTES CLAVE DEL PROGRAMA PASE-HCUCH

1)	Dirección alineada con necesidad de un cuidado integral de la salud de los funcionarios Colaboración entre diferentes servicios y departamentos (Salud Mental, RRHH, Comunicaciones avalada por las autoridades)
2)	Centralidad de lo colectivo en la estrategia comunicacional Relato ético y épico Centralidad del cuidado de los equipos Sentido de comunidad “De los funcionarios para los funcionarios” Visibilización de grupos y personas al interior del hospital Autodiálogo a través de los videos
3)	Centralidad de la persona en las intervenciones prácticas Coherencia para generar confianza: Medidas reales que denotan preocupación por los equipos de salud Disponibilidad de espacios físicos, materiales, servicios Test de los Detalles: Materiales: agua, café, snack, regalito, “Soluciones al alcance” Trato cariñoso y atento Cumplir expectativas
4)	Intervenciones de calidad Intervenciones comunicacionales Capacitación y coordinación continua de los colaboradores del PASE Gestión de los recursos: Sala de Autocuidado, gestión de agenda de intervenciones Apoyo psicológico y atención psiquiátrica por clínicos
5)	Flexibilidad y creatividad en el proceso Nuevas intervenciones frente a nuevas necesidades (ej. proactividad en realizar <i>entrevista de evaluación de necesidades</i> a personal sintomático que no pide ayuda)
6)	Estrategia de abordaje vertical y horizontal sobre las personas Trabajo con la jerarquía (validación del cuidado vertical) Trabajo entre pares
7)	Posibilidades tecnológicas Uso de página Web Coordinación de Grupos de whatsapp Plataformas de videollamada para intervenciones remotas

continuidad del programa. En un trabajo futuro se buscará evaluar la eficacia, aceptabilidad y costo-efectividad del programa, se recogerán las experiencias de otros programas que se estén implementando, y se realizarán ajustes que permitan perfeccionar sus componentes, con el propósito de aumentar su impacto en el escenario de futuras catástrofes.

En conclusión, frente a situaciones de catástrofe que desafíen los límites del sistema de salud, el bienestar del personal de salud debe ser una de las más altas prioridades; en otras palabras, la superación de la crisis depende de la medida en que logremos *cuidar a los que cuidan*. El programa presentado en este trabajo es una respuesta institucional que se hace cargo de esta visión,

siendo también una propuesta a disposición de otras organizaciones que la compartan.

AGRADECIMIENTOS:

A todos los funcionarios que con su trabajo serio, comprometido, y generoso, contribuyeron a salvar vidas. A todos los profesionales y trabajadores que aportaron desinteresadamente para que esta iniciativa se llevara a cabo. A todas las personas que hoy han partido, y que nos hacen agradecer y valorar aún más sus sacrificios y aportes en posibilitar la atención en salud.

REFERENCIAS

1. Ardebili, M. E., Naserbakht, M., Colleen, B., Alazmani-noodeh, F., Hakimi, H., & Ranjbar, H. (2020). Major Article Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic : A qualitative study. *AJIC: American Journal of Infection Control*.
2. Cabanillas-Rojas, W. (2020). Marco de referencia para el diseño de intervenciones conductuales de salud pública. *Revista U Católica Sedes Sapientiae*, 0–1.
3. Caneo, C., Chandía, A., & Marín, H. (2019). *Protocolo para el cuidado del personal de un hospital general en contexto de crisis. Protocolo plan de continuidad operacional para RRHH (PCO-UC). "Tranquilo, te apoyamos, somos comunidad."*
4. Chirico, F., Nucera, G., & Magnavita, N. (2020). Protecting the mental health of healthcare workers during the COVID-19 emergency. *BJPsych International*, 1–2.
5. DeWolfe, D. J. (2000). *Training manual for mental health and human service workers in major disasters*. US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
6. Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1).
7. Fukuti, P., Uchôa, C. L. M., Mazzoco, M. F., Corchs, F., Kamitsuji, C. S., De Rossi, L., ... Miguel, E. C. (2020). How Institutions Can Protect the Mental Health and Psychosocial Well-Being of Their Healthcare Workers in the Current COVID-19 Pandemic. *Clinics*, 75(8), 1–3.
8. Greenberg, N., Docherty, M., Gnanaprasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*, 368(March), m1211. 1
9. Huremović, D. (2019). *Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak*. Springer.
10. Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*, 369, m1642.
11. Lissoni, B., Negro, S. Del, Brioschi, P., Casella, G., Fontana, I., Bruni, C., & Lamiani, G. (2020). *Promoting Resilience in the Acute Phase of the COVID-19 Pandemic: Psychological Interventions for Intensive Care Unit (ICU) Clinicians and Family Members*. 12, 105–107.
12. Nicholas, P., Ping, T., S, W. D., Sandi, J., Melissa, N., H, N., ... Lin, L. J. (2020). *Ultra Brief Psychological Interventions for COVID-19 Pandemic: Introduction of a Locally-Adapted Brief Intervention for Mental Health and Psychosocial Support Service*. 27(2), 51–56.

13. Ransing, R., Adiukwu, F., Pereira-sanchez, V., Ramalho, R., Orsolini, L., Luiz, A., ... El, S. (2020). Mental Health Interventions during the COVID-19 Pandemic: A Conceptual Framework by Early Career Psychiatrists. *Asian Journal of Psychiatry*, 51(April), 102085.
14. Raudenská, J., Steinerová, V., Javůrková, A., Urits, I., Kaye, A. D., Viswanath, O., & Varrasi, G. (2020). Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 34(3), 553–560.
15. Restauri, N., & Sheridan, A. D. (2020). Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. *Journal of the American College of Radiology*, 17(7), 921–926.
16. Rocha, P. M. B., & Correa, H. (2020, September 1). Addressing interpersonal conflict among healthcare workers during the coronavirus pandemic. *Brazilian Journal of Psychiatry*, Vol. 42, pp. 572–573. Associação Brasileira de Psiquiatria.
17. Santarone, K., McKenney, M., & Elkbuli, A. (2020). Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19. *The American Journal of Emergency Medicine*, 38(7), 1530–1531.
18. Sousa, A. De, Mohandas, E., & Javed, A. (2020). Psychological interventions during COVID-19: Challenges for low and middle income countries. *Asian Journal of Psychiatry*, 51(April), 102128.
19. Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., ... Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. Gli esiti di salute mentale della pandemia di CoViD-19. *Riv Psichiatr*, 55(3), 137–144.
20. Walton, M., Murray, E., & Christian, M. D. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 241–247.
21. Yalom, I. (1983). *Inpatient Group Psychotherapy* (1st ed.). Basic Books: New York.
22. Zaka, A., Shamloo, S. E., Fiorente, P., & Tafuri, A. (2020). COVID-19 pandemic as a watershed moment: A call for systematic psychological health care for frontline medical staff. *Journal of Health Psychology*, 25(7), 883–887.