

COMPILADORES:

Olga Esther Infante Pedreira

Jorge Amado Grau Ábalo

LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ENFRENTAMIENTO A LA COVID-19 EN AMÉRICA LATINA



**ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA
DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD (ALAPSA)**

Año 2020

alapsa

Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud

© ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD (ALAPSA)

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre y cuando sea citada la fuente y que no sea destinada a la venta o cualquier otra finalidad comercial.

Elaboración, distribución e informaciones:

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD (ALAPSA)

Diseño Gráfico:

(LISELOY) Liset Vidal de la Cruz / Eloy Hernández Dubrosky

Editorial CEDEM

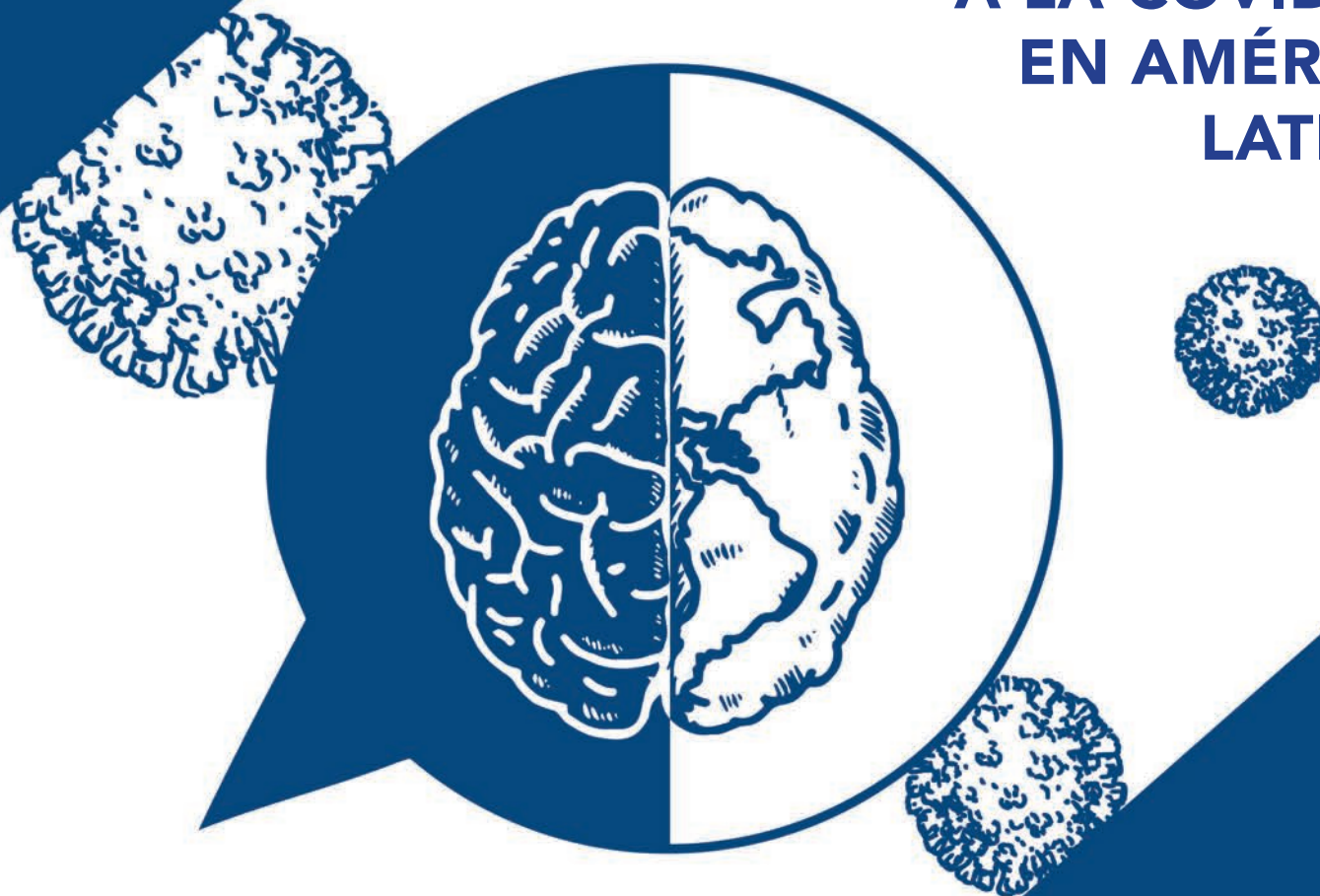
ISBN 978-959-7253-22-8

COMPILADORES:

Olga Esther Infante Pedreira

Jorge Amado Grau Ábalo

LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ENFRENTAMIENTO A LA COVID-19 EN AMÉRICA LATINA



**ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA
DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD (ALAPSA)**

Año 2020

alapsa

Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud

AUTORES

COORDINADORES

Olga Esther Infante Pedreira
Jorge Amado Grau Ábalo

RELACIÓN DE AUTORES

Alberto Erconvaldo Cobián Mena
Alejandra Caqueo-Urizar
Alejandra Ramírez Amigón
Alfonso Urzúa Morales
Ana María Flórez
Andrés Mauricio Santacoloma
Angela María Orozco-Gómez
Carmen Borrego García
Cesar Andrés Gómez-Acosta
César Pérez Jiménez
Christian Tejeira
Constanza Londoño Pére
Cristina Otálora
David Alberto Rodríguez Medina
Dunia Caicedo
Ericka Matus
Fernando Giuliani
Francinetti Carvalho
Gabriela Fernández Moreira Zelaya
Giselle de la Hoz
Isaliv Matheus
Jackson Ribeiro da Silva

Jesús Omar Manjarrez Ibarra
Jorge Amado Grau Ábalo
José Joel Vázquez Ortega
José Vallejos Saldarriaga
Juan Cristóbal Aldana Alfaro
Lidia Caridad Hernández Gómez
Luis Giménez
María Antonieta Izaguirre
María del Carmen Llantá Abreu
María Helena Soares Souza Marques Díaz
Marilyn Gavi Toledo Cárdenas
Mario Carranza Aguilar
Marisol Pérez Ramos
Matías Irrázaval
Mery Luz Marciales
Miguelina Justo
Olga Esther Infante Pedreira
Ovilia Suárez
Paulo César Alves de Sá
Ricardo Werner-Sebastiani
Rita Barrera
Rita de Cassia Calegari
Sandra Elizabeth Luna Sánchez
Sebastiao Benicio da Costa Neto
Silvia León Vega
Teresa Isabel Lozano Pérez
Victor Eusebio Montero López
Walter Angel Portal Reátegui
Wendy Alba
Ximena Palacios-Espinosa

AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer a todos los autores de los capítulos de este libro, quienes se sumaron a este proyecto a pesar de las difíciles situaciones en que se ha desarrollado, involucrados todos en el combate de la pandemia por COVID-19.

Al Dr. José Moya Medina, Representante OPS/OMS Cuba, quien aceptó amablemente escribir el prólogo y estimuló desde sus inicios esta idea.

Al Dr. Juan Antonio Mariño Fernández, por su minuciosa revisión y sabias recomendaciones.

A nuestras familias, por la comprensión con el tiempo robado.

En especial a todos los psicólogos y psicólogas que desde diversas posiciones, con su trabajo, dedicación y compromiso con el bienestar de las personas, ponen en alto los más nobles valores profesionales, dándole contenido a estas páginas.

PRÓLOGO

En la Asamblea Mundial de la Salud del año 2005 se aprobó el nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI), el cual entró en vigencia en el 2007. El reglamento anterior obligaba a todos los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a notificar solo tres enfermedades: cólera, peste bubónica y fiebre amarilla. Llegar a un consenso mundial para aprobar el nuevo reglamento tardó más de 10 años, y como conclusión de ese largo proceso, se estableció que debía notificarse todo evento que pusiera en riesgo la salud pública internacional. Ello significaba, en primer lugar, el compromiso de cada país para mejorar sustancialmente las capacidades de vigilancia epidemiológica y de laboratorio, de manera prioritaria en los puntos de entrada al territorio nacional.

La necesidad de modificar el RSI era una urgencia para la salud pública mundial, teniendo en cuenta el incremento de la población y de la concentración urbana, así como del comercio entre países por vía marítima y aérea. Los viajes internacionales por razones de trabajo y turismo igualmente se habían potenciado y en menos de 24 horas hacían posible que miles de personas recorrieran países y continentes. El comercio de alimentos de origen vegetal y animal había crecido notablemente exponiendo a humanos y animales a nuevos riesgos biológicos. Se agregaban, además, los efectos del cambio climático y conflictos políticos, que obligaban a millones de personas a seguir rutas nacionales e internacionales de desplazamiento y migración. En tales contextos globales las posibilidades de surgimiento de amenazas a la salud en el planeta se han hecho evidentes, como ha sucedido con enfermedades como el zika o el chikungunya, que han afectado por primera vez a determinados continentes; con las epidemias de ébola, que se han extendido a nuevos territorios africanos; o con la pandemia de influenza A H1N1 del año 2009, que se inició en nuestro continente.

En el 2002 se conoció un nuevo coronavirus, que causaba un Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS, por sus siglas en inglés), y en el 2012 apareció otro coronavirus, denominado Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS, por sus siglas en inglés). Sin embargo, ninguno de estos resultó tan grave para la humanidad como la actual enfermedad por coronavirus (COVID-19), causada por el virus SARS-CoV2, identificado en diciembre de 2019 y notificado a la OMS en los primeros días del presente año.

El 30 de enero de 2020, luego de dos sesiones previas del grupo de expertos, el director de la OMS declaró al nuevo coronavirus como una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), y el 11 de marzo, considerando su diseminación por naciones y continentes, la declaró como una pandemia.

Todos los países del mundo han tenido que prepararse y enfrentar la pandemia de la COVID-19, la velocidad de transmisión ha sido muy alta y solo en semanas y meses se vieron afectadas personas de todas las edades, en ciudades capitales y áreas urbanas. Luego la enfermedad se extendió a zonas más distantes, afectando a comunidades rurales. Sin tratamiento comprobado ni vacuna específica, y con el personal sanitario afectado y agotado; los servicios de salud comenzaron a mostrar deficiencias y en algunos casos su incapacidad total para atender una demanda creciente de pacientes. El saldo de casos y vidas humanas perdidas aún continúa incrementándose, señalando como principales grupos de riesgo a las personas mayores, a quienes portan una afectación crónica a su salud, incluyendo la obesidad, y quienes se encuentran en los sectores sociales con mayores vulnerabilidades.

Y es precisamente entre los grupos sociales que viven en situaciones de pobreza, en zonas urbanas densamente pobladas, con viviendas precarias, compartiendo varias personas las mismas habitaciones, y con trabajos independientes o informales, que perdieron súbitamente por la pandemia, donde los casos se expandieron bruscamente, generando pacientes críticos y defunciones en porcentajes considerablemente mayores respecto a otros estratos sociales. Desde esta perspectiva, la pandemia ha mostrado las profundas inequidades sociales en la América Latina y caribeña, cuyos sistemas de salud, fragmentados y debilitados por reformas previas, no alcanzaron a vigilar, prevenir y contener la nueva enfermedad.

Este virus ha cambiado la vida de la humanidad. Nunca antes poblaciones enteras tuvieron que quedar confinadas por semanas y meses; cambiar hábitos y rutinas; usar una mascarilla; dejar de visitar a los seres queridos; guardar distancias entre las personas; y someterse a una imparable emisión de información, proveniente de diversas fuentes, tanto por los medios de prensa como por las redes sociales, lo que además ha generado una afectación de la salud mental. Miedo, ansiedad, insomnio, depresión, temores de padecer la

enfermedad o que esta llegue a un miembro de la familia, a los padres, abuelos e hijos. Cientos de miles de familias en nuestros países han pasado por la angustia de tener un familiar hospitalizado, al que no pueden ver ni visitar, y, peor aún, al que no pueden despedir de una muerte anunciada.

Todos estos elementos de la salud mental y sus respuestas desde los servicios de salud, se presentan en este libro, que recoge las experiencias de profesionales de la psicología en once países de nuestra región; experiencias construidas en la práctica diaria, para dar respuesta, atención y seguimiento a diversas formas de afectación del bienestar emocional de la población. Desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) igualmente se han difundido guías y mensajes para tratar esta compleja situación en los individuos, las familias y las comunidades.

Dr. JOSÉ MOYA MEDINA
Representante OPS/OMS Cuba
Septiembre 2020

PREFACIO

Este libro se escribe en momentos particularmente complejos y difíciles para toda la humanidad y, a la vez desafiantes, para la comunidad científica.

La propagación del nuevo coronavirus SARS CoV2, responsable de la pandemia por COVID-19, ha puesto a prueba las capacidades individuales, familiares, comunitarias, de países y continentes para su enfrentamiento.

Se puede asegurar, sin temor a equivocación, que en el presente año 2020, la Salud constituye el centro de la atención de millones de personas, organizaciones, instituciones y gobiernos, que ven comprometidos no solo el bienestar y los proyectos de vida sino hasta la propia existencia.

La solidaridad, como valor universal, se ha expresado en todas las esferas de la vida social y en la actividad científica también. Nunca antes la producción científica había sido tanta, en tan corto tiempo y puesta con celeridad a disposición de todos, borrando barreras de idiomas, culturas e ideologías. Han sido compartidas guías y protocolos de actuación, resultados científicos, estrategias sanitarias, tecnologías.

La Psicología y, en particular, la Psicología de la Salud, cuyo desarrollo en las últimas décadas ha dado respuesta a muchas interrogantes relacionadas con el proceso de enfermar, ha tenido que renovarse para adecuarse a las demandas derivadas de la pandemia y sus consecuencias, en condiciones nuevas del ejercicio profesional.

La respuesta de los psicólogos no se hizo esperar, lo que se muestra en los diferentes capítulos del libro. Ya se acumulan interesantes experiencias que, aún sin haber podido ser evaluados sus impactos, responden a las necesidades emergentes de la población sana, sospechosos, enfermos y sus familias, así como de los propios profesionales y personal de la salud.

El costo emocional de esta pandemia, relacionado no solo con la amenaza y el temor a enfermar, sino como consecuencia también de las medidas restrictivas para su prevención: cambios abruptos de las rutinas de

vida, suspensión de actividades escolares y laborales, retos para la convivencia familiar, problemas económicos, incertidumbres, exigen de respuestas profesionales rápidas que minimicen sus efectos. La búsqueda de vías efectivas para la práctica profesional de ayuda psicológica evitando la presencialidad, ha constituido un reto y, a la vez, ha permitido el desarrollo de vías alternativas con el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

La atención a los profesionales de la salud ha representado una parte importante del quehacer de los psicólogos y ha permitido disponer de una oportunidad para una mejor integración multidisciplinaria y una valoración mayor de este profesional en los equipos. Cabe resaltar que para estar en condiciones de ayudar a otros, los psicólogos han tenido que superar sus propios miedos, incertidumbres y ansiedades.

En el instante en que se cierra esta publicación (12 de septiembre, 2020), el epicentro de la pandemia se encuentra en el continente americano y ya suman 14,193 356 enfermos, correspondiendo a América Latina 7,838487. La Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA) pretende compartir y socializar experiencias del enfrentamiento psicosocial a la COVID-19 para unirse al esfuerzo común de promover las mejores prácticas profesionales y científicas en el contexto latinoamericano. Los capítulos de los países aquí representados: México, Guatemala, República Dominicana, Cuba, Panamá, Colombia, Venezuela, Perú, Chile, Brasil y Uruguay, son una muestra de la labor realizada por los psicólogos en el continente.

Aunque cada uno de los países tiene sus particularidades y en algunos de los capítulos no se refleja en toda su magnitud las acciones que se realizan a nivel del país, sino en determinados territorios o instituciones, se pueden identificar puntos convergentes que se enuncian a continuación:

- La atención psicológica se dirige a: población sana, sospechosos de COVID-19, enfermos de COVID-19, familiares de enfermos de COVID-19 y a profesionales de la salud que intervienen en el enfrentamiento a la pandemia y, de manera especial, a los que se encuentran en la primera línea.

- Integración de psicólogos de diferentes instituciones, sectores, organizaciones y ramas de la Psicología.

- Aplicación de la Tele atención en diferentes modalidades: grupos de orientación por WhatsApp, llamadas telefónicas o video llamadas, visitas virtuales, entre otras.

- Elaboración de protocolos que pautan las acciones a realizar en determinadas situaciones asistenciales como: apoyo a enfermos y familiares, acompañamiento en situaciones de duelo, intervenciones con equipos de salud.

- Valoración del apoyo recibido por los estados y sistemas de salud de la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Panamericana de la Salud, que ha permitido en el área psicosocial información y orientación oportuna.

- Actualización y capacitación permanente.

- Integración de conocimientos y habilidades de diferentes contenidos de la Psicología: Psicología Social, Psicología en emergencias y desastres, manejo del duelo, terapias breves, Psicología de la Familia, Psicología institucional.

- Proyectos de investigación derivados de la práctica asistencial.

Como era de esperar, las características de los sistemas de salud, la voluntad política y las condiciones socioeconómicas marcan diferencias en la forma en que se enfrenta la pandemia, los recursos que se destinan a su control y protección de la población y el alcance de las estrategias y medidas que se adoptan. La epidemia ha mostrado las lamentables consecuencias de la inequidad en la salud.

Por eso abogamos desde la ALAPSA por una Psicología de la Salud incluyente, comprometida con la población y sus necesidades, sensible al dolor ajeno, más allá de diferencias económicas, sociales, culturales, raciales o religiosas, tal y como aparece reflejado en estas páginas. Una Psicología de la Salud que sirva, además, de reconocimiento a toda la comunidad de psicólogos que en situaciones tan difíciles enaltecen los valores de la profesión y su vocación de servicio, algunos de los cuales han perdido la vida por la enfermedad, para mitigar el sufrimiento de tantas personas a consecuencia de la COVID-19.

Mucho deberá escribirse en el futuro sobre los aprendizajes recibidos por esta terrible enfermedad, este libro es apenas un intento de acercamiento a las experiencias y vivencias de los psicólogos en el pleno ejercicio de sus funciones, que podrán constituir puntos de partida en el empeño de mejorar nuestras prácticas y brindar cada vez un mejor servicio.

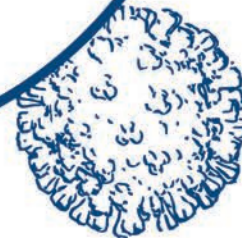
OLGA ESTHER INFANTE PEDREIRA
Presidenta de ALAPSA

JORGE AMADO GRAU ÁBALO
Vicepresidente de ALAPSA para el Caribe

ÍNDICE

CAPÍTULO I. ACTUACIÓN DE LOS PSICÓLOGOS DE LA SALUD EN BRASIL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.	20
Ricardo Werner-Sebastiani, Francinetti Carvalho, Gabriela Fernández Moreira Zelaya, Jackson Ribeiro da Silva, María Helena Soares Souza Marques Díaz, Paulo César Alves de Sá, Rita de Cassia Calegari, Sebastiao Benicio da Costa Neto.	
CAPÍTULO II. PSICOLOGÍA Y COVID-19. EL CASO DE CHILE.	66
Alfonso Urzúa, Alejandra Caqueo-Urizar, Matías Irrarázaval.	
CAPÍTULO III. LA PANDEMIA EN COLOMBIA. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES ESPECÍFICOS E INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS RECOMENDADAS EN PERIODOS PANDEMIA Y POSTPANDEMIA.	102
Constanza Londoño Pérez, Cesar Andrés Gómez-Acosta, Mery Luz Marciales, Angela María Orozco-Gómez, Ximena Palacios-Espinosa, Andrés Mauricio Santacoloma.	
CAPÍTULO IV. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD CUBANA FRENTE A LA PANDEMIA POR COVID-19.	150
Olga Esther Infante Pedreira, Jorge Amado Grau Ábalo, María del Carmen Llantá Abreu, Lidia Caridad Hernández Gómez, Carmen Borrego García, Alberto Erconvaldo Cobián Mena, Teresa Isabel Lozano Pérez.	
CAPÍTULO V. PERSPECTIVA PSICOLÓGICA: APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA DE SALUD SOBRE COVID-19 EN GUATEMALA.	184
Juan Cristóbal Aldana Alfaro, Sandra Elizabeth Luna Sánchez.	

CAPÍTULO VI. INTERVENCION PSICOSOCIAL ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN MÉXICO.	206
Mario Carranza Aguilar, José Joel Vázquez Ortega, Jesús Omar Manjarrez Ibarra, Marisol Pérez Ramos, David Alberto Rodríguez Medina, Alejandra Ramírez Amigón.	
CAPÍTULO VII. PANAMÁ-SALUD MENTAL-COVID-19.	250
Christian Tejeira, Ana María Flórez, Giselle de la Hoz, Rita Barrera, Ericka Matus, Dunia Caicedo.	
CAPÍTULO VIII. PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN PERÚ: UN RETO FRENTE A LA COVID-19.	272
Marilyn Gavi Toledo Cárdenas, José Vallejos Saldarriaga, Victor Eusebio Montero López, Silvia León Vega, Walter Angel Portal Reátegui.	
CAPÍTULO IX. LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA EPIDEMIA DEL SARS-COV-2 EN LA REPÚBLICA DOMINICANA.	320
Miguelina Justo, Wendy Alba.	
CAPÍTULO X. URUGUAY EN EL ENFRENTAMIENTO A LA PANDEMIA DE COVID-19.	348
Luis Giménez.	
CAPÍTULO XI. LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.	384
Ovilia Suárez, Isaliv Matheus, César Pérez Jiménez, María Antonieta Izaguirre, Fernando Giuliani, Cristina Otálora.	



CAPÍTULO I. ACTUACIÓN DE LOS PSICÓLOGOS DE LA SALUD EN BRASIL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

RICARDO WERNER-SEBASTIANI

Director de Nêmeton, Centro de Estudios e Pesquisas em Psicologia e Saúde – SP.

FRANCINETI CARVALHO

Coordinadora del Servicio Multiprofesional de Santa Casa de Belém.

GABRIELA FERNÁNDEZ MOREIRA ZELAYA

Coordinadora del Proyecto de Extensión Hospitalaria Natal, RNI.

JACKSON RIBEIRO DA SILVA

Académico de Psicología, miembro del Proyecto de Iniciación Científica Universidad Potiguar, RN.

MARÍA HELENA SOARES SOUZA MARQUES DÍAZ,

Profesora Universitaria, Doctorante del Programa em Salud y Comportamiento, Ucpel.

PAULO CÉSAR ALVES DE SÁ

Acadêmico de Psicología, miembro del Proyecto de Iniciación Científica, Universidad Potiguar, RN.

RITA DE CASSIA CALEGARI

Hospital de Campaña Pedro Dell’Antonia de Santo André, SP.

SEBASTIAO BENICIO DA COSTA NETO

Coordinador de Residencia Multiprofesional y Profesional de UFGI, Secretario Ejecutivo de ALAPSA para el área atlántica.

Hemos sido convocados por la ALAPSA a escribir un capítulo sobre las experiencias de los psicólogos de la salud de Brasil en el enfrentamiento a la COVID, recogiendo las experiencias de América Latina. Reconocemos la enorme importancia que estos registros tienen para las generaciones futuras.

La pandemia por COVID-19 que se expandió por el mundo a partir de finales del 2019 viene generando impactos de múltiples proporciones en todas las dimensiones: individual, familiar, socio-relacional, profesional, económica, política, en las relaciones internacionales y, obviamente, en la socio-sanitaria.

Hace más de un siglo la humanidad no experimentaba un impacto colectivo de tal relevancia. Las experiencias acumuladas a lo largo de ese tiempo tuvieron que ser recordadas y nuevas y creativas medidas y acciones se desarrollan.

Para Brasil, no ha sido diferente. En el momento en que se escribe el presente capítulo (agosto 2020), Brasil es el epicentro de la pandemia en el mundo, conjuntamente con los Estados Unidos de América.

Brasil es un país de dimensiones continentales, con 212,000,000 habitantes (el equivalente a la población de Francia, Italia, España, Bélgica, Portugal, Suiza y Austria juntas), posee un área geográfica que corresponde a la suma de los territorios de España, Italia, Alemania, Francia y Bélgica juntos! No obstante tenemos diferencias regionales en lo que se refiere a densidad poblacional, costumbres, características geográficas, climáticas, de estructuras públicas, de ecosistemas, de distribución de ingresos, del perfil étnico, entre muchas otras.

Para la escritura de este capítulo, fue necesario convocar a un pequeño grupo de trabajo, con colegas que coordinaron y recolectaron la información de cinco macro regiones del país: Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste y Sur.

En Psicología de la Salud, en el caso de Brasil, la Psicología hospitalaria tiene una fuerte tradición, con los primeros trabajos en esa área iniciados como pionera en el mundo por la Dra. Mathilde Neder, en 1953

(Grau, 2000). Cómo en otros países, y en otras situaciones de demandas socio sanitarias (Sebastiani, 2003, Maia, 2006) la capacidad de movilización y respuesta de los psicólogos de la salud fue inmediata.

La experiencia de trabajos en grandes desastres, el día a día en la atención a pacientes graves en ambientes de Unidades de Tratamiento Intensivo, el trabajo en cuidados paliativos, el acompañamiento a personas en duelo, el manejo del estrés y del burnout, la atención psicológica a urgencias y emergencias, sumada a la experiencia que ya venía siendo implementada hace 5 años, como tele-atención a través de plataformas digitales, entre otras, ha sido de fundamental importancia en este delicado momento que se enfrenta.

Aunque ya había un mayor reconocimiento mundial de la importancia de la Psicología como ciencia y profesión en la atención al creciente índice de sufrimiento mental en la población de todo el planeta, la pandemia potencializó esa importancia y cabe resaltar que permitió identificar y valorizar mucho más al profesional de la Psicología.

Según cifra estimada (hasta el momento en que se escribe este capítulo) se cuenta con más de 8,000 psicólogos actuando de forma voluntaria en la atención digital en diversas plataformas creadas especialmente para esto. Las dos principales de alcance nacional dirigidas al soporte emocional de los profesionales de la Línea de Frente son el TELEPSI del Ministerio de Salud (2020) y la red de Apoyo Psicológico PSISUS (2020) de iniciativa voluntaria de un grupo de psicólogos de la región sudeste del país, además de decenas de otras entidades, universidades y grupos privados dirigidos a la atención de personas y familias en duelo por pérdidas provocadas por la enfermedad, a la población en general, principalmente en las regiones donde fueron decretadas cuarentenas. Además de estos profesionales, todos los que ya estaban en trabajo de campo en un área específica de salud, fueron derivados para que ejercieran sus servicios en las áreas que elevaban su demanda potencial por la pandemia, alrededor de 35,000 psicólogos en todo el territorio nacional. De igual forma, centenas de instituciones de salud pública y privada iniciaron procesos de contratación emergente de profesionales de salud para hacer frente a la pandemia, dentro de los cuales estimamos

que más de 2,000 plazas fueron destinadas a psicólogos; tómese en cuenta que en todo Brasil aparecen inscritos en el Colegio Federal de Psicología (2020) 373,854.

Los epicentros de la pandemia van gradualmente migrando para diferentes regiones del país. En Brasil comenzó por la región sudeste a inicios de marzo de 2020, particularmente en los estados de Río de Janeiro y Sao Paulo, siendo estos dos estados los que poseen las mayores ciudades y de una densidad poblacional enorme, de aproximadamente 60, 000 000 habitantes (IBGE, 2020), que equivale a un cuarto de la población de todo el país en un área geográfica de 1/15 del territorio nacional.

Se cuenta con una estructura mixta de Servicios de Salud: la pública, representada por el SUS (Sistema Único de Salud) que atiende a toda la población de forma universal, y la privada, Asistencia de Salud Suplementaria. El SUS absorbe prácticamente el 80% de las demandas de salud de la población, de manera que las redes de Salud Suplementaria atienden al 20% restante; debe considerarse también que la mayoría de la población atendida por el SUS es la de más bajo presupuesto y peores condiciones de vida de forma general. Tanto las redes públicas como las suplementarias (privadas) cuentan en sus plantillas desde hace décadas con psicólogos de la salud y psicólogos hospitalarios, así como el SUS cuenta también con psicólogos dedicados a la atención de demandas específicas de Salud Mental en las unidades de CAPS (Centros de Atención Psico-social) entre otras.

Al instalarse la pandemia en Brasil, diversos órganos representativos de los psicólogos, comenzando por el Colegio Federal de Psicólogos y los Consejos Regionales de Psicología organizaron grupos de trabajo de modo de iniciar la comunicación de orientaciones, crear manuales y normas de procedimientos, deliberaciones sobre las reglas de atención y conductas dentro del cuadro de Emergencia Sanitaria y se creó una enorme red para que, fundamentalmente a través de medios digitales, los psicólogos de todas las regiones del país, pudieran tener acceso a las orientaciones, recibir ayuda y supervisión de colegas más experimentados, hacer intercambios de protocolos, montar capacitaciones, intercambiar experiencias y - muy importante - brindar soporte psicológico a los colegas de la Línea del Frente. Al final de este capítulo

se presenta una breve relación bibliográfica y de búsqueda digital de los documentos y sitios creados en Brasil.

Como se expresó anteriormente, al momento del presente capítulo aún se está en plena escalada de la pandemia y nuevas y diferentes medidas y estrategias de enfrentamiento a la misma continúan siendo desarrolladas.

A continuación se presenta la situación de junio de 2020 en cada región del país.



REGIÓN NORTE

La pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 tiene un gran impacto sobre la realidad institucional de los servicios de salud en Brasil. Los flujos asistenciales, normas, procesos de trabajo en la red de hospitales y los servicios en los diferentes niveles de atención de salud tuvieron que ser modificados para que se adaptaran a los protocolos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Todos estos repentinos cambios en el quehacer de los profesionales de la salud y la necesidad del distanciamiento social generaron en las personas sentimientos de miedo, inseguridad y ansiedad.

La Región Norte engloba los estados de Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondonia, Roraima y Tocantins. Reunir información de estos siete estados en un período corto de tiempo no ha sido tarea fácil. Para esto se ha contado con el apoyo de los presidentes de los Consejos Regionales de Psicología y de psicólogos colaboradores. También se realizaron análisis de documentos, entre ellos la Ordenanza o Resolución No. 4, del 18 de mayo de 2020 elaborada por el Consejo Regional de Psicología de la región Pará/Amapa.

El número de camas de unidades de terapia intensiva (UTI) y de camas para hospitalización en general en la región Norte es muy inferior a la media nacional. En algunos estados de la región, como es el caso de Amazonas, la capital apenas posee camas de UTI. En Pará, el mayor estado de la región, la red pública tiene 1,400 camas clínicas y de UTI para pacientes de COVID-19, pero el sistema de salud ya entró en colapso. Faltan camas de UTI; la pandemia se extendió afectando a poblaciones distantes del centro urbano, además de que un número elevado de enfermos por la COVID-19 en los registros oficiales son profesionales de la salud.

En el estado de Amazonas, apenas su capital, Manaus, tiene unidades de terapia intensiva, pero hay un elevado número de fallecidos, teniendo en cuenta las grandes distancias entre la capital y algunos de sus municipios recorrido que se hace por los ríos con días de viaje y, el hecho de que el transporte aéreo es caro y de difícil acceso. Otro factor preocupante de la región norte es la vulnerabilidad de las poblaciones de las riberas, e indígenas y sus dificultades de acceso a las políticas de salud. Autoridades de salud alertan sobre el peligro de que la pandemia se disemine en la población de indígenas, como ocurrió durante la colonización, cuando muchos indígenas fueron contagiados por no tener inmunidad ante enfermedades foráneas, como la gripe. En este sentido, la cartilla de orientación de Fio Cruz llama la atención sobre el hecho de que:

“Además de todos los graves problemas que las comunidades indígenas están enfrentando y que anteceden a la COVID-19, nuevos factores de riesgo para el sufrimiento psíquico merecen atención: el impedimento de la venta de los artesanos en perímetros urbanos, la limitación de visitar parientes en otras comunidades, el miedo a la posibilidad de enfermar de los ancianos y otros seres queridos; la intensificación de situaciones de violencia intracomunitaria y del uso perjudicial de alcohol, drogas u otras sustancias; casos de suicidio, merecen la máxima atención”. (p. 17)

Pensar en propuestas y estrategias que incluyan medidas sanitarias, diálogos y negociaciones que respeten los códigos culturales de cada pueblo es esencial para minimizar los efectos perjudiciales del aislamiento social, de las pérdidas y de la imposibilidad de realizar rituales de elaboración del duelo, propios de esa cultura.

Como ya se mencionó, el aumento del número de casos de personas infectadas por el Coronavirus alteró las normas y rutinas de los servicios de salud; dentro de estas alteraciones se destaca la suspensión de las visitas y la prohibición de acompañantes en los hospitales. Unido a esto, el miedo de contaminar y transmitir el virus a sus familiares genera en los equipos asistenciales angustia y tensión. Todas estas situaciones obligan a los psicólogos a la necesidad de reinventar su práctica diaria. Los psicólogos de la región Norte recurrieron a sus Consejos Regionales en busca de apoyo. Una importante y bien desarrollada estrategia de los Consejos Regionales de Pará/Amapá fue la creación de un grupo de WhatsApp que reunió a psicólogos de hospitales que laboran en los diferentes territorios paraenses, que permitió el surgimiento del sentimiento de pertinencia en torno a la Psicología. Las mayores dudas planteadas por los psicólogos del grupo versaban sobre la atención a pacientes enfermos por la COVID-19. No poder realizar una atención presencial fue el principal problema presentado en el grupo. La orientación realizada por el Consejo Federal de Psicología fue que la atención se realizara a través del uso de las tecnologías de la información. La atención presencial debería ser hecha solo en situaciones de urgencia psicológica, siempre que la institución hospitalaria garantizara las debidas medidas de protección para el psicólogo. Sin embargo, qué debía considerarse una “urgencia psicológica”? De este debate nace la Ordenanza No 4, del 18 de mayo de 2020 que establece que:

“Son consideradas situaciones de Urgencia o Emergencia Psicológica: crisis de ansiedad exacerbada en pacientes y familiares con sospecha o confirmados de COVID-19; ideación o riesgo de suicidio; ideación o riesgo de fuga de la institución hospitalaria; agresividad en grado de poner en riesgo la integridad física del paciente o del equipo de salud; acompañamiento al paciente y la familia ante la comunicación de malas noticias”

Con respecto a la comunicación de malas noticias hubo polémicas en algunos centros hospitalarios que exigían a los psicólogos y a los asistentes sociales que realizaran la comunicación de los fallecidos a los familiares, siendo este tipo de comunicación una atribución y responsabilidad privativa del médico, correspondiendo al psicólogo la función de colaborar para que la comunicación entre el médico y la familia se realice

de la mejor forma posible, así como proporcionar soporte emocional a los familiares. Otra tarea importante de los psicólogos es la comunicación sobre los procedimientos de despedida del ser querido.

El psicólogo deberá orientar sobre los cambios relacionados con los velorios y funerales durante la pandemia y sobre la construcción de nuevos rituales de despedida para favorecer el proceso de duelo y elaboración de la pérdida. Durante esos contactos con los psicólogos de todos los estados de la región surgen relatos de sus principales dificultades en el enfrentamiento a la pandemia; escasez de equipos de protección individual, falta de formación sobre inversiones y falta de viabilidad de recursos tecnológicos para realizar la atención a distancia, sobrecarga de trabajo debido a la enfermedad de colegas o el miedo a infectarse y contagiar a sus familiares.

Respecto a los desafíos que enfrenta, cito las palabras de una psicóloga de referencia de un servicio de Psicología de un hospital público:

“El mayor desafío que enfrentamos trabajando en el hospital, es que nadie ha vivido una pandemia con un virus tan agresivo. Nada se compara a la COVID-19, una enfermedad nueva para todas las áreas del conocimiento, incluso para la medicina. Los psicólogos sentimos todas las incertidumbres que el resto de las personas sienten, dentro de estas el miedo a infectarnos y llevar esa amenaza para nuestros hogares, así mismo entendemos que tenemos un papel muy importante en el sentido de ayudar a nuestros colegas de otras categorías profesionales a que vivencien sus miedos, inquietudes y ansiedades de manera más equilibrada para poder cuidar a los pacientes, así como la necesidad de ofrecer soporte emocional a los enfermos y a sus familiares. Comprender los diversos matices que están presentes en la primera pandemia de este siglo, ayuda a nuestra práctica y nos lleva a repensar y rehacer nuestras actividades diarias en el hospital”

Los psicólogos tuvieron que reinventar. Aprender a comunicarse a distancia y facilitar la comunicación entre paciente, equipo y familia, utilizando metodologías que hasta ahora no eran utilizadas en instituciones

hospitalarias. Como ejemplo de esas innovaciones la Fundación Hospital de Clínicas Gaspar Vianna en Belén de Pará implementó un proyecto de visita virtual. La psicóloga Tereza Rocha expresa que:

“El aislamiento de los familiares también ha sido un agravante en el tratamiento de los pacientes en proceso de recuperación de los efectos del nuevo coronavirus y para minimizar ese cuadro de angustia de los pacientes fue ideada la visita virtual. La dirección de la fundación dispuso tablets para la realización de las vídeo-llamadas. Los dispositivos se utilizan en la UTI de adultos donde no hay posibilidades de visitas por riesgo de contaminación. En la UTI donde los pacientes están en condiciones físicas más graves, algunos sin poder hablar, la visión, el contacto con familiares a través de la vídeo-llamada representa un aliento y constituye un factor más para contribuir a su recuperación”

Una demanda muy solicitada a los psicólogos fue la atención a los profesionales de la Línea del Frente al cuidado de pacientes ingresados en la red hospitalaria. A ese respecto podemos citar el proyecto “Rondonia cuidando de quien cuida”, realizado por la Secretaría de Salud de Rondonia como apoyo al CRP 24. El proyecto ofrece atención psicológica remota a los profesionales de la salud de la Línea de Frente a la pandemia. Ya en la Santa Casa de Misericordia de Pará, el equipo de Psicología realizó pequeñas rondas de conversaciones con el objetivo de ofrecer escucha y apoyo psicológico a los trabajadores, así como psicoeducación enfocada a estrategias de autocuidado y de enfrentamiento al estrés.

Una conquista de los psicólogos paraenses fue la realización de un curso, supervisado y aprobado por la directora del CRP 10. El curso ofertó noventa plazas para los psicólogos del área de Asistencia Hospitalaria. Coordinado por las psicólogas Camile Mota y Rebeca Moreira, en asociación con el CRP 10, tuvo como objetivo contribuir a mejorar la intervención en crisis, las emergencias en el contexto de la pandemia de la COVID-19 en Pará y Amapá, así como promover la aceptación de los psicólogos que actúan en la Línea del Frente en las instituciones de salud. La metodología utilizada fue la realización de encuentros virtuales en reuniones realizadas a través de la plataforma digital Zoom.

En medio de la incertidumbre, el miedo y los constantes cambios de rutinas, los psicólogos construían nuevas formas de escuchar y acompañar, estando físicamente lejos e incómodos por el uso de EPIs (equipo de protección individual). Los psicólogos demostraron que a pesar de estar físicamente aislados, la comunicación, la escucha y el afecto pueden aliviar ese aislamiento. Mucho fue hecho para minimizar el sufrimiento de los pacientes, mas todavía resta un largo camino por recorrer. Sigamos adelante...



REGIÓN CENTRO-OESTE

Desde el día 13 de marzo de 2020, los gobiernos de los estados de Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso del Sur y del Distrito Federal (Brasilia), unidades federativas que componen la región Centro Oeste brasileña, decretaron las primeras medidas para el enfrentamiento de la crisis sanitaria derivada de la pandemia por el nuevo coronavirus, dirigidos al aislamiento social y la suspensión de actividades en los sectores público y privado alcanzando los diferentes niveles de la sociedad (Brasil, 2020a, 2020b, 2020c, 2020d). Áreas más directamente relacionadas con la salud de la población y la producción y distribución de alimentos, estaban entre los pocos casos en que sus servicios no fueron suspendidos, exigiendo una reorganización inmediata de sus rutinas, logísticas, composición de los equipos y relación con el público en general.

El Boletín Epidemiológico Especial COE-COVID-19, del Ministerio de Salud, que cubre el período del 17 al 23 de mayo de 2020 (Brasil, 2020e), divulgó que hasta el fin de ese período, de 347,398 casos de COVID-19 en Brasil, 10,838 casos (3,1%) eran de la Región Centro-oeste. De las 22,398 muertes registradas en ese mismo período en Brasil, 244 (1,1%) fueron de la misma región. En parte debido a la disminución del aislamiento

social y la apertura de varios comercios locales, se supone que esas cifras irán aumentando, amenazando la capacidad de una adecuada respuesta de la emergencia hospitalaria, por la sobrecarga en el sistema de salud, tal y como ya se ha observado en las regiones norte, nordeste y sudeste de Brasil. Según la Plataforma COVID-19 de la Universidad Federal de Goiás (<https://covidgoias.ufg.br>), el 30 de mayo de 2020, solo el estado de Goiás, tenía 22,223 casos sospechosos, 3,601 casos confirmados, 122 fallecidos para una letalidad de 3,4% de todos los casos, siendo estimado un colapso del sistema hospitalario para julio de 2020, si esas cifras continuaban subiendo sin un aumento del aislamiento social y la aplicación de otras medidas preventivas.

El contexto del sistema público de salud en el Centro-Oeste, tal como puede ser observado en otras realidades sanitarias brasileñas (Paiva & Teixeira, 2014), está marcado por contradicciones, avances, retrocesos y desconocimiento en el enfrentamiento a las ya existentes, fuertes y regulares demandas sanitarias; estas son agravadas por la retirada gradual de la responsabilidad y del financiamiento del estado brasileño conduciendo al sucesivo deterioro de las políticas económicas, sociales y de salud del país (Albuquerque et al., 2017; Giovanella, Franco & Almeida, 2020) y al límite o al debilitamiento del trabajo multidisciplinario y en equipo de salud.

En ese contexto, los servicios de Psicología de la Salud en hospitales, con realidades y dificultades diferentes en la Región Centro-Oeste, se han ido organizando desde los años 1980, ahora tienen que responder a las necesarias alteraciones de sus procedimientos habituales provocadas por la COVID-19 sin una situación adecuada en el cuadro de profesionales. Cuando se piensa en la distribución de los profesionales en las diferentes regiones de Brasil, se observa un déficit en el número de psicólogos integrados a las áreas de salud, inclusive, para atender otras demandas anteriores a la COVID-19.

Parte de la carencia de plazas efectivas de profesionales para el enfrentamiento a la COVID-19 se propuso llenar con la participación de graduados de las áreas de salud al final del curso (Brasil, 2020f) y psicólogos profesionales, en particular provenientes de los programas de residencia multiprofesional en el área de la

salud (Brasil, 2020g; Brasil, 2020h). Para los académicos de Psicología, la orientación oficial no hizo suficientes recomendaciones, incluso todavía, por falta de regulaciones legales, falta de organización de las unidades de enseñanza superior y de salud, por falta de equipamientos de protección individual (EPLis), estos, inclusive, limitados para varios profesionales de la salud de la red pública.

Ya con respecto a la participación de psicólogos residentes, fue establecido nacionalmente un bono temporal de aproximadamente 126 dólares, según el recuento del 31 de mayo de 2020 (Brasil, 2020g), en tanto fueron creadas orientaciones técnicas para ofrecer un mínimo de patrón de seguridad relativo al ordenamiento de la formación de profesionales de la salud y para crear un rango de posibilidades de acciones educativas, de cuidados, producción de materiales informativos, entre otras, a ese segmento y durante la vigencia de la pandemia (Brasil, 2020h).

Así, se presenta una visión panorámica de cómo los profesionales de Psicología del Sistema Público de Salud del Centro-Oeste brasileño, se han organizado para dar respuesta a la COVID-19. Las experiencias siguientes representan aspectos del estado del arte y como tal pueden ser cambiadas en la medida en que las condiciones sanitarias y de personal se modifiquen en la región.

De esta forma, junto a la Unidad de Atención Psicosocial, el Hospital Universitario Federal de Mato Grosso (Santos, 2020), cuenta con enfermeros, asistentes sociales, psicólogos, psiquiatras y un neurólogo, quienes desarrollan asistencia ambulatoria-dentro de la mayor parte de las acciones- y actividades dirigidas al usuario que está hospitalizado. Para el enfrentamiento a la COVID-19, fueron suspendidas temporalmente las consultas externas e iniciados planes de acciones específicas como: 1) Los profesionales que trabajaban en servicios ambulatorios quedaron designados para asistir a los trabajadores de la Línea del Frente del cuidado de los pacientes con COVID-19. Tales acciones fueron denominadas “guardia psicológica”. Esta guardia funciona a lo largo de toda la semana y cuenta con un soporte de médicos psiquiatras y neurólogos; 2) El sector de servicio social elaboró un plan de acción similar a un *call center* que también brinda las orientaciones sociales y contribuye significativamente con los equipos de las Unidades de Terapia Intensiva-COVID

articulando la relación entre la institución y los grupos familiares de los pacientes hospitalizando; y, 3) Una psicóloga hospitalaria conjuntamente con los psicólogos residentes de 1er año (R1) ejecuta el plan de acción “visita virtual”, lo cual representa una actividad de apoyo psicológico para los familiares de los pacientes internados en el caso en que las visitas familiares fueran suspendidas. Además de todo lo anterior, los psicólogos brindan soporte en situaciones extremas, tales como ante la muerte de un paciente.

La realidad descrita por Santos (2020), la escasez de recursos (tales como tablets, teléfono móvil con línea institucional y otros dispositivos de esa naturaleza), claramente ha sido un impedimento para el desarrollo de una asistencia más amplia, por ejemplo, las visitas virtuales con los diversos actores involucrados en la crisis por COVID-19. Por otro lado se reconoce que dentro de los avances se encuentran los subjetivos y relacionales, tales como el reconocimiento de la comunidad hospitalaria sobre la importancia del equipo de salud mental, la adquisición de mayor apertura dentro del resto de los equipos de salud para las actividades desarrolladas por la unidad psicosocial y la visibilidad de las acciones que hasta ahora quedaban en parte en el anonimato. Operacionalmente, los planes de acción propuestos y en ejecución también han sido importantes y reflejados positivamente en el cuidado de los enfermos y de los trabajadores afectados por la crisis.

Otra experiencia que debe ser destacada se refiere al Hospital Las Clínicas/EBSERH, de la Universidad Federal de Goiás (UFG). Como medida general en esa institución fueron reducidas al mínimo las atenciones ambulatorias e ingresos para tratamientos electivos. Tres unidades del hospital fueron preparadas para la atención de pacientes con la COVID-19 (UTI Clínica, Urgencias y un ala de enfermería), con un total de 27 camas inicialmente. Se formó un equipo constituido centralmente por médicos, enfermeros, farmacéuticos, bioquímicos y fisioterapeutas. Como equipo de apoyo entran todos los demás profesionales, incluyendo al Servicio de Psicología del hospital.

Dentro de las acciones de los psicólogos formalizadas en un Plan de Contingencia aprobado institucionalmente, se encuentra: 1) con usuarios sin la COVID-19: abordaje de los acompañantes y visitantes durante el

período destinado a la visita hospitalaria, cuando son realizadas atenciones individuales o en pequeños grupos, entre las enfermeras, por medio de psicoeducación (información sobre prevención de la COVID-19), basadas en las normas del Ministerio de Salud, y orientaciones buscando la promoción de actitudes colaborativas, facilitando las relaciones sociales y reduciendo los ruidos en la comunicación; 2) junto al personal de la Comisión de Control de las Infecciones Hospitalarias (CCIH): durante las actividades de capacitación de los demás profesionales de la institución, los psicólogos del Servicio de Psicología acompañan a CCIH, con el objetivo de brindar soporte, mediante la comunicación y contribuir con el aumento del cumplimiento de las orientaciones ofrecidas. Se favorecen las conductas participativas y la recepción de las demandas emocionales colectivas e individuales derivadas de las orientaciones previstas por la CCIH; 3) junto al resto de los profesionales de la salud: se ofrece un grupo de apoyo, a lo largo de la semana y en los horarios matutinos, vespertino y nocturno; y 4) con los pacientes ingresados por la COVID-19 y sus familias: prestación de soporte psicológico presencial a las enfermeras y por medio del teléfono a los pacientes ingresados y prestación de soporte emocional a los familiares que se encuentran en aislamiento social, por medio del teléfono o ambiente virtual. Debe tenerse en cuenta que el apoyo a las personas con la COVID-19 fue establecido en situaciones específicas, focalizando los casos por medio de la evaluación del personal de enfermería.

En lo que se refiere a los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), servicios de salud de carácter abierto y comunitario, constituídos por equipos multiprofesionales con actuación interdisciplinaria y con atención prioritaria a personas que padecen de trastornos mentales, se puede mencionar el trabajo del equipo de CAPS Nuevo Mundo, en Goiania/Goias. Las acciones en este CAPS, tanto de psicólogos como del resto de los profesionales de nivel superior, durante la pandemia fueron reorganizadas, una vez que en sus procesos de trabajo, la principal estrategia consistió en la atención en grupos. Ante la imposibilidad de realizar actividades grupales, los usuarios fueron orientados a permanecer en sus viviendas, asistiendo a la Unidad en situaciones de extrema necesidad, a fin de que el aislamiento social no provocase formas agudas de síntomas psiquiátricos. Así, después de las orientaciones formales de las autoridades sanitarias locales, el equipo de salud reunió a los usuarios que frecuentaban la Unidad, a lo largo de la semana y los orientó

acerca del cuidado relacionado con la COVID-19, sobre signos y síntomas, sobre Unidades de referencia para el tratamiento de la COVID-19 y sobre estrategias de cuidado de la salud mental en este momento de pandemia (Matos, 2020).

Durante el aislamiento social, las principales acciones realizadas en la Unidad son: atención a la demanda espontánea (tanto presencial como por vía telefónica), quejas de los usuarios ya vinculados al servicio que ven agravados sus síntomas como consecuencias del impacto de la pandemia en su salud mental, quejas de nuevos usuarios, todavía no vinculados al servicio, que vienen en busca de su aceptación. A los casos que comparecen personalmente antes de entrar a la Unidad se les somete a un examen para identificar la presencia de síntomas del síndrome gripal. Posterior a este examen si se percibe que el usuario no presenta ningún síntoma relacionado con la COVID-19 es realizada la atención necesaria. Dentro de las actividades desarrolladas se destacan la escucha calificada, el apoyo emocional y las orientaciones en cuanto a estrategias de autocuidado. Se aplican estrategias para el control de la ansiedad, orientaciones diversas referidas al cuidado de la salud (uso de los medicamentos y orientaciones en cuanto a los derechos en la esfera de la seguridad social), de acuerdo a la demanda de cada uno. Adicionalmente, el equipo ha estado confeccionando máscaras de tela para los usuarios que no tienen condiciones de adquirirlas. (Matos, 2020).

Para aquellos usuarios que vienen presentando un empeoramiento significativo de los síntomas, en que se identifica que la atención puntual no es suficiente, se establecen consultas regulares y en los casos más extremos en que la permanencia en su hogar puede conllevar riesgo a su persona, o a terceros, es posible un cuidado más intensivo por medio del ingreso durante el día (permanencia del paciente durante el día en la Unidad) o ingreso nocturno (permanencia del paciente durante el período diurno y nocturno en la Unidad) bajo los cuidados del equipo multiprofesional. A pesar de la necesidad de distanciamiento social, se identifica que muchos pacientes del servicio de salud mental son extremadamente vulnerables, no consiguen permanecer de forma permanente en sus casas porque muchos presentan relaciones familiares muy conflictivas (Matos, 2020).

En el contexto de la salud mental, relata Matos (2020):

“(...) Una gran limitación encontrada por los equipos de CAPS, en este momento, es la dificultad de articulación con la red intersectorial, ya que en varias consultas se percibe la necesidad de la participación de otras instituciones, como la de Asistencia Social, para poder realizar una atención integral; sin embargo como consecuencia de la pandemia muchos servicios se encuentran cerrados. Las dificultades de articulación con la Red de Salud y Asistencia, va provocando la conducción errónea de necesidades de otros servicios de salud hacia el CAPS. Fueron encaminados usuarios con necesidades de cuidados para la Unidad, sin demandas de Salud Mental, con necesidades de cuidados especiales a consecuencias de vulnerabilidades sociales y otras demandas de salud (...)”.

Otra limitación encontrada en el CAPS se refiere a la ausencia de recursos tecnológicos que permita la atención a la salud mental a distancia. El equipo multiprofesional cuenta apenas con un teléfono para establecer contacto con los usuarios, siendo las estrategias digitales por medio de llamadas en vídeo un recurso importante para la atención on line, reduciendo el riesgo de contagio (Matos, 2020).

A pesar de que muchos consideran que dentro de los principales avances obtenidos por la Psicología en el enfrentamiento a la pandemia por la COVID-19 se encuentra el reconocimiento de la sociedad acerca de la importancia del psicólogo durante las crisis humanitarias, y del cuidado de la salud mental a la población en general y en los profesionales de la salud (Matos, 2020), cabe resaltar la presencia de gran ansiedad entre los profesionales, aún cuando las investigaciones locales están en fase preliminar (un ejemplo es el estudio del comportamiento alimentario y calidad de vida, coordinado por el equipo de nutrición y con la presencia del Servicio de Psicología del Hospital Las Clínicas/EBSERH/UFG). A propósito de tales estudios, se ha hecho posible establecer los planes de contingencias en cada institución.

Las configuraciones organizacionales y de trabajo en las que los psicólogos están insertados son híbridas, diversas y afines a la estructura y funcionamiento de la misión de cada unidad de salud. De esta forma, el

presente análisis no agota la multiplicidad de realidades de trabajo y de investigación en el contexto de esta región brasileña, debiendo ser actualizada constantemente.



REGIÓN NORDESTE

La Psicología Hospitalaria es vista como un área de desarrollo, tanto en el sentido de adecuación teórico-técnica al campo como en el desarrollo de investigaciones. Al considerar esto es muy importante socializar y compartir información, en el sentido de capacitar, actualizar y reafirmar un lugar en la práctica de la Psicología insertada a los dispositivos de salud de alta complejidad.

En ese prisma de análisis fue desarrollado un cuestionario a fin de intentar caracterizar cómo se da la práctica de los psicólogos hospitalarios que están actuando en la línea del frente en el enfrentamiento a la pandemia por la COVID-19 en la región Nordeste de Brasil.

A partir de esto es posible la formulación de las posibilidades de actuación en el sentido de orientar a muchos profesionales sobre lo que fue percibido por la muestra de la población. El cuestionario fue desarrollado y aplicado por vía *googleforms*, en un intervalo de 5 días y consta de 22 preguntas mixtas, además del espacio destinado a la confirmación del compromiso con las respuestas, los objetivos de la investigación y consentimiento para la divulgación científica de los resultados. Los 24 psicólogos participantes aportaron datos diversos, lo cual es esperado, sin embargo coincidían en cuestiones específicas del cuidado de sus pacientes.

El 56 % de esa población tiene de 23 a 40 años, el 44 % de 41 a 57. En su absoluta mayoría son féminas y son profesionales de distintas ciudades y estados del Nordeste: Santa Cruz, Parnamirim, Natal, Mossoro e Acari-do RN; Terezina-PI, Salvador-BA, Recife-PE, y Fortaleza-CE.

La gran mayoría de los profesionales entrevistados laboran en Hospitales Generales (56 %), o en Hospitales Especializados (28 %), seguidos de Hospitales de Campaña, Hospitales Psiquiátricos y Policlínica, con 8 %, 4 %, y 4 % respectivamente. El 20 % de los participantes no tienen aún estudios de postgrado y los demás se distribuyen en 56 % con maestrías y 24 % con especialidades.

En cuanto a las instituciones donde los profesionales trabajan, se evidencia el predominio de servicios públicos (56 %), 36 % de los servicios son del sector privado y el 8 % restante se caracterizaron como instituciones filantrópicas. En cuanto a la jornada de trabajo del psicólogo, se estima una media de 34 horas semanales, siendo de 30 horas para el 54% de esa población. Los registros varían entre 20 y 60 horas semanales de trabajo.

Ante las posibilidades de contagio de la COVID-19, ocurre una flexibilización de las posibilidades de actuación de este tipo de profesionales. La atención por *Home Office* es una realidad en la mayoría de los psicólogos, 55,8 % del total, distribuidos entre 33,3 % que combinan la atención presencial y por *Home Office*, otros 12,5 % que actúan exclusivamente online, y la mayoría atendiendo en trabajo de campo a los profesionales.

Con relación a la población objeto de atención de los psicólogos hospitalarios, en este momento histórico, no difiere de lo que se reconoce en la literatura, siendo el paciente, la familia y el equipo, en ese orden, los sujetos tributarios del apoyo de la Psicología. En cuanto al ejercicio de la profesión en este campo, se identifica que el 16 % de los colaboradores no adoptan ningún tipo de protocolo, la mayoría actúan siguiendo protocolos elaborados por el equipo multiprofesional, resaltando el rigor en el uso de EPIs, la técnica en el manejo del paciente y medidas de protección individual.

Fue identificado que los psicólogos están en constante actualización profesional, a partir de cursos online, revisiones bibliográficas, visitas a portales científicos representativos del tema de la pandemia; así mismo una mayor comunicación con el equipo también ha sido una estrategia adoptada para una mejor calificación y comprensión de la realidad actual y de las demandas emergentes.

Entre las estrategias de autocuidado físico y psicológico adoptadas durante actuación profesional y fuera de ella, 83,3 % afirman adoptar una o más estrategias. La psicoterapia, práctica que se asocia íntimamente a la figura del psicólogo, fue citada apenas 4 veces (16,6 %), lo que puede ser reflejo de la virtualización de la oferta de psicoterapia en el contexto actual. Entre las demás posibilidades, se destacan: actividades físicas (5); entretenimiento (5); meditación (4); uso de EPIs (2). Se observa que dos profesionales afirmaban no adoptar ninguna estrategia de autocuidado ni ninguna de las alternativas que se preguntaban. Entre los profesionales entrevistados 33,3% afirmaron formar parte de algún grupo de riesgo para la COVID-19.

En relación a las prácticas adoptadas durante la actuación asistencial, 62,5 % brindan apoyo psicológico; 16,7 % practican Psicoterapia Breve Focal; 4,2 % apoyo psicológico, orientación y psicoterapia breve de apoyo y acompañamiento en situaciones de pérdidas; 4,2 % efectúan psicoeducación, evaluación, orientación e intervenciones breves y 4,2 % brindan orientaciones a los pacientes en *Home-Office*. El 8,4 % realizan todas las prácticas citadas anteriormente.

Siendo así, se comprende que en relación a los pacientes y sus familias los psicólogos también pudieron estructurar la aplicación de la psicoterapia a través de un modelo comunicativo, reforzando el trabajo estructural y de adaptación de los pacientes y sus familias al enfrentamiento de la problemática vivenciada por ambos, orientado al apoyo, atención, comprensión, soporte o tratamiento, clarificando los sentimientos, esclareciendo sobre la enfermedad y fortaleciendo las relaciones personales y familiares (Ribeiro, 2018), guardando relación con lo expresado por Chiattonne (2011) quien señaló que la tarea del psicólogo se define por su capacidad de apoyo, comprensión y orientación humanizada en las diferentes situaciones por las que pasan esos pacientes y sus familiares, y para que todo el programa terapéutico culmine de forma eficaz y humana, deberá incluir el apoyo psicológico para el afrontamiento de todo el proceso de la enfermedad y la posibilidad de morir, pues el manejo de los pacientes hospitalizados incluye la adaptación fisiológica y médica y la adaptación psicológica y existencial frente a la situación traumática en sí.

Referente a la participación en reuniones del equipo, en una escala del 1 al 5 los profesionales respondieron: 12,5 % (1); 8,3 % (2); 37,5 % (3); 12,5 % (4); 29,2 % (5), respectivamente. A la pregunta de cómo llega la demanda de Psicología al servicio, los entrevistados respondieron que 41,7 % llega por solicitud personal; 33,2 % por búsqueda activa, 12,5 % por entrada al servicio; 4,2 % por solicitud y búsqueda activa; 4,2 % por búsqueda activa, demanda espontánea, concomitante con acompañamiento. El 4,2 % responde con todas las alternativas anteriores.

De acuerdo a la información obtenida respecto a la inserción de estos profesionales a los servicios, se identifica una media de 4 psicólogos por hospital, siendo una minoría los servicios que disponen de 5 psicólogos o más (29,5 % del total, a partir de los datos obtenidos).

Se realizó una tentativa de identificación de la media de la demanda atendida por los psicólogos, pero es importante tener en cuenta que este dato en específico se torna algo abstracto, ya que nos referimos a distintos dispositivos de salud, con una cantidad de psicólogos trabajando muy variable, así como los horarios de trabajo en que se realizan sus labores. De cualquier modo, lo que fue identificado apunta a que cada psicólogo atiende una media de 8 pacientes por día en el servicio, aunque los números pueden llegar a 10 o más atenciones diarias, siendo esta la realidad del 30% de la muestra estudiada.

Con respecto a los abordajes utilizados en las prácticas de intervención, los psicólogos entrevistados destacan: Psicoanálisis (6); Terapia de la Gestalt (5); TCC (4); Humanista (2); Psicoterapia Breve (2); Psicología Hospitalaria (1); Transpersonal (1); Biosíntesis (1); Apoyo Psicológico (1); Psicoeducación (1); Histórico-Social (1) y Acompañamiento psicológico (1).

Entre las principales demandas recibidas al servicio se destacan: profesionales con sospecha o confirmados de la COVID-19; apoyo psicológico, fragilidad y ansiedad familiar frente a la hospitalización de familiares con la COVID-19, temor a la muerte, ansiedad y sufrimiento frente a la hospitalización del paciente, miedos, depresión, tentativas de suicidio en las camas de salud mental, asistencia y comunicación en el proceso

de duelo, situaciones traumáticas y urgencias, estado de ánimo desbordado, empeoramiento del cuadro clínico, reclamaciones y frustraciones relativas a la institución hospitalaria, angustia por la soledad (por las restricciones de visitas y acompañantes). Estas demandas apuntan al apoyo de una representación de los vínculos que el paciente mantiene con su vida y que casi siempre es una importante fuerza motivacional para el paciente en situaciones de crisis. (Chiattonne, 2003, p.32).

Acerca de la actuación de los psicólogos en los casos de muerte, las respuestas demuestran que es el médico el responsable de efectuar la comunicación, muchas veces el psicólogo queda como corresponsable para el manejo residual del impacto de la noticia entrando en contacto después de forma virtual al día siguiente en el caso que los familiares estén ausentes tengan interés en esta atención virtual. En otros contextos de asistencia se observa que el apoyo se efectúa en un ámbito multidisciplinario.

Entre las situaciones que han significado para los entrevistados grandes desafíos durante la actuación en la Línea del Frente las respuestas evidencian el reconocimiento por el equipo de la necesidad de conductas de autocuidado como medida preventiva y colaborar en la tentativa de revisión rápida de los flujos institucionales e intersectoriales de cuidados en situaciones de violencia interpersonal o autoprovocadas; tener que ir a la cama para atender a pacientes ya diagnosticados con la COVID-19; protección (disponibilidad de EPIs); establecer vínculos en la atención virtual; lidiar con la ansiedad frente a una dinámica de trabajo inestable y desafiante; el mantenimiento psicológico postrabajo (desligarse); lidiar con el miedo de los colegas y las ansiedades de los pacientes; la visualización de algunas atenciones; conciliar el bienestar personal con el profesional; el miedo a contagiarse; la intensidad de las emociones; las condiciones de trabajo; tener que lidiar con un gran número de fallecidos; mantenerse actualizado; dificultades de recursos tecnológicos frente a las consultas virtuales; la interrupción de actividades antes programadas; la presencia de mucha restricción en las unidades para realizar atención psicológica presencial a los pacientes, principalmente en las UTI, además de esto el flujo de comunicación de malas noticias que no está bien definido (en el contexto de las entrevistas); problemas institucionales; profesionales utilizando EPIs de modo equivocado o no utilizándolo; tensión elevada en el equipo de salud, que en general dificulta todavía más la

interacción multidisciplinaria; el distanciamiento familiar; el cansancio de tener que usar constantemente EPIs; el acompañamiento a los familiares durante la comunicación del fallecimiento del paciente.

De acuerdo con el material obtenido, queda abierta la posibilidad de discusión sobre cómo los Servicios de Psicología pueden articular sus prácticas en el sentido de disminuir la angustia del paciente sin que el profesional experimente malestar. En este sentido, debe prestarse cuidado desde la exposición excesiva en horas de trabajo, a la cantidad de demanda para el profesional psicólogo de la institución; los procedimientos técnicos que ésta realiza y, asimismo, la estrategia de autocuidados. Son elementos que precisan ser revisados con el fin de trazar un plan de orientación a esos profesionales, que están inmersos en una realidad tan delicada como la de la pandemia por la COVID-19.



REGIÓN SUR

Río Grande del Sur es una de las 27 unidades federativas de Brasil y está situada en la región sur del país, limita al norte con el estado de Santa Catalina, al oeste con la República de Argentina, al sur con la República de Uruguay y al este con el océano Atlántico. Posee 497 municipios, según datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadísticas (IBGE). Su población estimada en el año 2019 era de 11,3 millones de habitantes (equivalente al 6 % de la población nacional), siendo la capital del estado Porto Alegre, el municipio más populoso, con 1,4 millones de personas.

De acuerdo al boletín diario presentado por el Departamento de Economía y Estadística (DEE/SEPLAG) a partir de datos de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Rio Grande del Sur, actualizado el 15

de junio del año 2020, se registran 14,661 casos de pacientes infectados por la COVID-19 hasta el 14 de junio del año 2020. De acuerdo con gráficos disponibles en el sitio del gobierno del estado, de los 497 municipios, 345 poseen casos confirmados de la enfermedad, en estos municipios se concentra el 93,7 % de la población del estado.

MUNICIPIOS	N° TOTAL DE CASOS	% TOTAL DE CASOS	POP.(2018)	%POP.(2018)
Demais municipios	7428	50,7%	7.509.303	66,3%
Os 10M. com Mais Casos	7233	49,3%	3.108.670	27,4%
Lajeado	1509	10,3%	88.261	0,8%
Porto Alegre	1353	9,2%	1.465.430	12,9%
Passo Fundo	1120	7,6%	202.344	1,8%
Bento Goncalves	754	5,1%	121.826	1,1%
Garibaldi	437	3,0%	35.067	0,3%
Marau	399	2,7%	42.183	0,4%
Erechim	369	2,5%	105.523	0,9%
Sao Leopoldo	345	2,4%	230.268	2,0%

Farroupilha	333	2,3%	70.485	0,6%
Caxias do Sul	307	2,1%	468.919	4,1%
Santa Maria	307	2,1%	278.364	2,5%
Municípios Sem Casos			711.632	6,3%
Total	14661	100,0%	11.329.605	100,0%

FAIXA POPULACIONAL	Nº TOTAL DE CASOS	% TOTAL DE CASOS	Qtd MUNICIPIOS
Ate 20 mil	2523	17,21%	239
De 20 ate 50 mil	2975	20,29%	62
De 50 ate 100 mil	3003	20,48%	24
Acima de 100 mil	6160	42,02%	20
Bento Goncalves	14661	100,0%	345

Fuente: Secretaria Estadual da Saúde (RIO GRANDE DO SUL 2020)

rs.gov.br

Tabla #1 Distribución de casos por municípios estado de Rio Grande do Sul

Ante este panorama, en razón de ser la infección por la COVID-19 una enfermedad nueva, con alto grado de contaminación, de curación todavía desconocida y que ya ha provocado la pérdida de cientos de miles de vidas en el mundo, se hace necesaria la elaboración de estrategias de combate a la pandemia en los más variados aspectos.

De acuerdo con Brooks (2020), la pandemia provoca fuertes impactos en la población mundial, repercutiendo en las esferas económicas, sociales y de la salud física y mental. Uno de los primeros trabajos realizados en relación a los impactos psicológicos de la pandemia de la COVID-19 fue realizado en marzo del año 2020 por Wang, en China. De acuerdo con los datos encontrados en la investigación, los individuos presentan síntomas de moderados a severos, ansiedad, depresión, estrés, así como síntomas obsesivos compulsivos, episodios de pánico y agresividad, además de miedo de que los familiares contraigan la enfermedad.

En este sentido, siendo el objetivo del presente estudio el papel del psicólogo de la salud en el enfrentamiento a la pandemia, se presentan a continuación los trabajos de intervención que están siendo desarrollados por profesionales del área, tanto de la red pública como de la red privada de la salud, en el estado de Rio Grande del Sur.

Una importante iniciativa dirigida a la atención psicológica de los profesionales de la salud que están en la línea del frente de combate a la COVID-19 se desarrolla a partir de una colaboración entre el Ministerio de Salud y el Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). El proyecto denominado TelePsi, ofrece teleconsultas psicológicas por medio de una central de atención formada por 36 profesionales de Psicología y Psiquiatría capacitados para la realización de consultas en salud mental.

Esa atención, que será realizada hasta el mes de septiembre, puede ser solicitada por profesionales como: médicos, enfermeros, técnicos de enfermería, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, biomédicos y farmacéuticos. Además de las teleconsultas, el proyecto tiene como objetivo publicar las experiencias para

que otras instituciones adopten el modelo de asistencia a los profesionales que actúan en el combate a la pandemia, con la disponibilidad de materiales informativos, como manuales, vídeos y sesiones simuladas. El proyecto está disponible a través del sitio web <https://sites.google.com/hcpa.edu.br/telepsi/>, cuenta con el apoyo de diversas entidades, entre ellas: la Organización Panamericana de la Salud, la Universidad Federal de Río Grande del Sur, la Sociedad Brasileña de Psicólogos, la Universidad Federal de Ciencias de la Salud de Porto Alegre, la Pontificia Universidad Católica de Río Grande del Sur, la Universidad Federal de São Paulo, la Universidad Federal de Paraná y el Hospital Las Clínicas de la Facultad de Medicina de la USP.

En lo que respecta a la red hospitalaria privada se destacan las iniciativas del Hospital Molinos de Viento, de referencia en Río Grande del Sur en el combate de la pandemia, tanto en el tratamiento y asistencia a pacientes, familiares y profesionales como también en el área científica, en el desarrollo de investigaciones. Fue creada por la institución una Línea Abierta para recepción y soporte emocional, por medio de la cual cualquier paciente internado o familiar que se sienta movilizado emocionalmente por la situación provocada por la COVID-19 puede telefonar desde la extensión de su cama para una central y será atendido por un psicólogo disponible. Es importante resaltar que en base a las características de la enfermedad la atención psicológica también se realiza por medio de vídeo-llamadas, manteniendo los criterios de atención presencial para los pacientes con riesgo de fuga o suicidio y otros pacientes con diagnóstico de enfermedades graves.

En relación al apoyo psicológico a los profesionales de la institución, inicialmente fueron realizados grupos de sensibilización *in locu* en el ambiente de trabajo para brindar orientaciones frente a las angustias vivenciadas en razón de la actuación dentro del cuadro pandémico, extendiéndose a los equipos de enfermeros y a otros colaboradores de la recepción y equipos de higienización de todo el hospital. Debido a la gravedad de la situación la continuidad de estas acciones se están dando mediante grupos on line.

Cuando se identifica una demanda para la atención individual de un trabajador de la institución se orienta al Programa de Salud del Trabajador para la atención médica, psiquiátrica y psicológica de la institución. Al valorar la situación de la salud mental de los profesionales del hospital en la post-pandemia, la institución

se prepara para la elaboración de programas dirigidos a minimizar el estrés post-traumático debido al agotamiento físico y mental durante la pandemia.

Otra entidad comprometida en la promoción de salud mental frente a la pandemia de la COVID-19 es la Sociedad Brasileña de Psicoanálisis de Porto Alegre, que dispuso para los profesionales de la salud y la comunidad en general un link para la atención psicológica, que es realizada por profesionales voluntarios convocados por la entidad.

Otras iniciativas también han sido desarrollada por la comunidad académica del estado, y entre ellas está la creación por el núcleo de Psicología Educacional y Escolar de la Pontificia Universidad Católica de Río Grande del Sur de la cartilla "Conversando con la Comunidad Escolar durante el aislamiento por la COVID-19". El material elaborado por el equipo que compone el Servicio de Atención e Investigación en Psicología (SAPP), servicio escolar del curso de Psicología de la institución, busca ayudar a las escuelas de la red pública y privada a superar los desafíos que enfrenta la educación durante la pandemia, entre ellos el aislamiento social y la falta de contacto con los alumnos y con los demás sistemas de escuelas, dirigido a minimizar los impactos causados por la suspensión abrupta de las clases presenciales en la salud mental de alumnos y profesores.

El proyecto "Destruyendo al virus", creado por el Curso de Psicología de la Universidad de la Región Campanha "URCAMP", en la ciudad de Bagé, propone la creación de páginas en las principales redes sociales, con el objetivo de informar e interactuar con la comunidad y brindar contenidos constructivos para el enfrentamiento al aislamiento social derivado del combate a la pandemia. El curso ofrece también para el Hospital Universitario asesoramiento a profesionales de la salud, pacientes y familiares.

Así, durante el panorama de la pandemia en Río Grande del Sur, se percibe que varias instituciones del estado, tanto en la capital como en el interior, han presentado iniciativas dirigidas a la salud mental durante el enfrentamiento a la enfermedad. No obstante, las acciones deben aumentar todavía más, puesto que la comunidad técnico-científica prevee que el cuadro pandémico se extenderá en el tiempo en Brasil.

Es importante resaltar, que la región sur de Brasil fue la última en presentar casos de la COVID-19; a diferencia de otras regiones del estado, la pandemia se inició por ciudades del interior, llegando gradualmente a los grandes centros urbanos. Brasil tiene ahora (junio 2020) casos en todos los estados y, prácticamente, en el 70 % de los municipios.



REGIÓN SUDESTE

Fué esta la primera región del país en registrar el contagio por COVID-19 (donde se registró el primer fallecido en el mes de marzo 2020), y como ya se ha descrito anteriormente es la región de mayor densidad poblacional, por lo que el Sudeste enfrenta gravísimos desafíos. En el momento en que se cierra la elaboración de este capítulo (julio 2020) la región cuenta más de 21,000 muertes. Enormes esfuerzos se realizan para mitigar el impacto de la pandemia, algunas decenas de hospitales de campaña se han montado en toda la región para dar soporte de retaguardia a los hospitales ya instalados, hay un incremento de más de 3,000 camas y de UTIs específicamente dedicadas a pacientes con la COVID-19. En

todas las unidades creadas fue realizada contratación emergente de psicólogos de la salud/hospitalaria, además de que muchas de ellas contaron también con la ayuda de psicólogos voluntarios que se unieron al resto de los colegas para apoyar en el enfrentamiento a la pandemia. Además de las actividades de rutina que ya se desarrollaban, se sumó el esfuerzo por atender en las unidades de COVID-19 a salas de las UTIs y Unidades de Cuidados Paliativos.

Las actividades de los psicólogos en esos espacios son múltiples, siguiendo los protocolos ya establecidos; se mantiene el énfasis en la atención a la tríada paciente-familia-equipo de salud, tornándose diferente en

la situación de la pandemia, la atención a la familia por el hecho de no permitir las visitas ni su permanencia en las unidades hospitalarias. Para mitigar los efectos de este distanciamiento se realizaron turnos de orientación presencial realizados por psicólogos y asistentes sociales en lugares creados para este fin fuera de la institución hospitalaria. Asimismo se implementó la tele-atención y las visitas virtuales, en las que a través de una agenda previamente establecida, familiares y pacientes pueden conversar por vía digital. En aquellos casos en que los pacientes se encuentran imposibilitados de comunicarse verbalmente (se destacan los pacientes con respiración asistida o traqueostomizados) se incentiva a la familia a enviar mensajes grabados o filmados al paciente, los que son llevados por los psicólogos de las UTIs.

Los equipos de salud reciben atención especial, principalmente los que trabajan con pacientes con la COVID-19. Algunos hospitales montaron servicios de acompañamiento a sus funcionarios, contando con la participación de psicólogos, y varias redes de tele atención (ya mencionadas en este capítulo) fueron instaladas, de manera de poder atender a los colegas de la línea del frente. Es de destacar que la posibilidad de sufrimiento mental en los profesionales de la salud es algo de gran preocupación. En investigaciones recientes (UNIFESP, 2019) anterior a la pandemia ya se aportaban cifras extremadamente preocupantes:

1 - Expectativa de vida en mujeres 59 años y en hombres 69 años
(de 10 a 20 años menos que la población general)

2 - Suicidios 5 veces mayor que la población general

3 - De 8% a 14% más de dependencia a fármacos

4 - El 46% sufren o sufrieron de depresión

5 - El 44% padecen de burnout

6 - Apenas el 21% se sienten realizados con la profesión

No hay dudas que los impactos causados por la pandemia en este grupo de población específica traerá problemas más graves...

Fueron creados varios servicios para la atención de personas en proceso de duelo, de forma tal de poder brindar atención a amigos y familiares de los que fallecen, desde servicios específicos en varias unidades hospitalarias o a través de portales, con tele-atención gratuita, estructurada por diversas universidades, centros de Investigación y de atención que, en un esfuerzo especial, brindaban a la población esos servicios.

Un servicio que ya venía desarrollándose anteriormente, pero que se intensificó, es el de "Consultorio de la calle", que atiende a la población que vive en las calles de São Paulo y Río de Janeiro fundamentalmente y cuyos sufrimientos se elevaron durante la pandemia (ni siquiera las "sobras" de la ciudad estaban a su disposición). Esas acciones se efectuaron en conjunto con el Servicio Público, movimientos Pastorales de la Salud y de la Población de la Calle, además de contar con la solidaridad voluntaria de muchas personas. Debe tenerse en cuenta que solamente en el Municipio de São Paulo se estima que existan aproximadamente 25,000 personas viviendo en la calle (Prefectura de São Paulo, 2020).

Diversas iniciativas de capacitación a través de cursos on line también están siendo desarrolladas, desde cursos formales hasta tutoriales, *Lives* en redes sociales y disponibilidad de supervisión (muchas de ellas gratuitas) realizados por psicólogos más experimentados que pretenden ayudar a los jóvenes colegas que se encuentran en la Línea del frente. Varias redes de apoyo, información e intercambio se crearon utilizando internet, hecho que hizo posible que recibieran ayuda y orientaciones de colegas de otros países que, como nosotros, estaban en el frente de combate de la pandemia. Muchos protocolos y guías se recibieron de colegas de Italia y España en un bonito gesto solidario. Varios grupos de investigadores públicos y privados se han unido e intercambian sus resultados a través de las redes para que la información se divulgue ágilmente y puedan implementarse las acciones.

Para la población en general, las posibilidades de psicoterapia on line que ya se venían instalando gradualmente fue impulsada, con instrucciones establecidas por el Consejo Federal de Psicología (2020b) y por el Sistema de los Consejos Regionales (CRPs) para que los psicólogos pudieran atender en sistema remoto, utilizando diversas plataformas (Whatsapp, Skype, Zoom, Hangouts, Messenger, Facetime, entre otras), ese lanzamiento, orientado y protocolizado, hizo posible la atención de otras personas que sufren indirectamente los impactos de la pandemia, sea por el confinamiento en casa en las ciudades en que fueron decretadas cuarentenas, sea por el número de conflictos adaptativos generados por estar en una situación donde sus casas se transforman en ambientes de trabajo, escuelas para los hijos, espacios de recreación, áreas de relaciones sociales.

Identificamos que las principales demandas en el campo de los trastornos mentales de la población de las grandes ciudades del sudeste son: ansiedad, sensación de discontinuidad, depresión, angustia, dificultad para mantener los esfuerzos adaptativos, irritabilidad y aumento de la agresividad, con un aumento significativo de conflictos y en correspondencia de violencia doméstica. Para la atención de esas personas también los colectivos de los servicios que ya se han mencionado han ido creando mecanismos de apoyo a las víctimas de violencia doméstica y abusos, inclusive con campañas masivas, tanto en la televisión como en las redes sociales, de forma tal que esas personas puedan pedir ayuda, denunciar la situación de abuso y recibir el apoyo que necesitan.

La región sudeste, en particular los estados de Río de Janeiro y de Sao Paulo, llegaron a finales de julio del año 2020, a casi 4 meses de decretos de aislamiento social, cuarentenas y lockdowns en sus más populosas ciudades; las redes de comunicación profesional han identificado un estado creciente de sufrimiento mental en las personas, con una dificultad cada vez mayor de mantener las reglas de control socio sanitarias.

Infelizmente, vivimos en paralelo a la pandemia variados y graves problemas políticos, sociales y económicos que ya venían castigando a nuestra población, cuestiones que generan más miedo, desconfianza e

incredulidad en las personas, creando situaciones ambiguas donde la población comienza a tener dudas sobre a qué autoridad debe obedecer y a cuál información dar crédito. No hay dudas que esa condición adicional está impactando todavía más en las personas. Se siguen realizando los trabajos de acompañamiento y ya habrá que prepararse para una segunda fase en la cual el estrés pos-traumático será el principal foco de atención....

A continuación se presenta el relato de la colega psicóloga Rita Calegari que actúa directamente en uno de los hospitales de campaña contruídos especialmente para el combate de la COVID-19 en la región metropolitana de São Paulo:

ACTUACIÓN DE LOS PSICÓLOGOS EN UN HOSPITAL DE CAMPAÑA- UNA EXPERIENCIA.

“Yo no tenía certeza de que me quedaría. Prometí a mi familia que primero evaluaría en el hospital de campaña la propuesta de trabajo y la oferta de EPIs para solo entonces aceptar el trabajo de la línea del frente con pacientes de la COVID-19 –después de todo no precisaba correr riesgos innecesarios para ejercer la profesión que escogí- ”

“Todo el proceso electivo ocurrió por internet, de forma que en mi primer día de trabajo evalué los requisitos y acepté la propuesta. Ahora tenía la certeza de que me quedaría.”

“Fui la segunda profesional de Psicología en llegar al recién inaugurado hospital de campaña en una de las ciudades que componen el “gran ABC” de São Paulo. El gran ABC son 7 municipios situados al sudeste de la región metropolitana de São Paulo: San Andrés, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirao Pires y Río Grande da Serra. Son más de 2,7 millones de personas que habitan la región, entremezcladas a punto de ser difícil definir sus divisiones terrestres, con muchas avenidas y grandes vías de alta circulación”.

“Fui recibida por un joven sanitarista al frente de los equipos de Psicología y servicios sociales. Recibí de él la bienvenida, las orientaciones del funcionamiento y la autonomía necesaria para ayudar a implementar la asistencia psicológica de los pacientes que en breve ocuparían las casi 400 camas disponibles”.

“La elaboración del protocolo de Psicología para el hospital de campaña fue un desafío conjunto para los profesionales que componen el equipo, totalizando 16 psicólogos, en jornadas de 12 por 36 horas. Sobre la base de las experiencias previas del grupo y de las necesidades observadas en razón de la especificidad de los locales, del impacto de la pandemia y de los recursos disponibles, fueron desarrollados 6 procesos sistémicos de actuación del psicólogo: admisión psicológica, visita virtual, acompañamiento del duelo, orientaciones a pacientes que salen del hospital en contra del criterio médico, atención de emergencia al equipo de salud y acciones de humanización”.

ADMISIÓN PSICOLÓGICA

“Todos los usuarios del SUS (Sistema Único de Salud) ingresados en los hospitales de campaña deben pasar por la recepción del psicólogo tan pronto como sea posible. El objetivo de este primer encuentro es realizar la anamnesis del paciente para identificar: 1) estado mental (nivel de conciencia, orientación, receptividad, existencia de quejas, relatos de enfermedades mentales previas, comorbilidad de tratamiento en salud mental, presencia de signos de alerta como delirios, alucinaciones o pensamientos o ideación suicida); 2) reconocimiento de los recursos de afrontamiento de los usuarios (religiosidad, espiritualidad, experiencias previas, y otros); 3) presentar la disponibilidad del servicio psicológico que oferta el hospital”.

“La casi totalidad de los usuarios llega al hospital de campaña con mucho miedo. El síntoma de falta de aire – común al cuadro de la COVID-19-, asociado a las informaciones de los medios y relatos poco

satisfactorios de usuarios de hospitales de campaña de Brasil, son fuentes de ansiedad y temor de los pacientes. Después de la llegada, con la recepción del equipo de salud y la percepción de que será cuidado, el miedo disminuye pero nunca se extingue, en razón de las diversas posibilidades de evolución clínica y el alejamiento de los familiares”.

“Todos los servicios del psicólogo son registrados y archivados en el expediente del paciente, conforme la Resolución CFP 001/2009 que dispone sobre la obligatoriedad del registro documental de la prestación del servicio psicológico”.

“La identificación de los signos de alerta citados anteriormente (delirio, alucinaciones y pensamiento o ideación suicida) son comunicados al médico por el psicólogo para la discusión del mejor tratamiento a indicar. El psicólogo define una conducta de acompañamiento al caso, priorizando la continuidad de la asistencia en los casos que presentan complicaciones emocionales de moderada a grave, para soporte de los usuarios cuyo estado mental o recursos de afrontamiento son insuficientes para la situación”.

VISITAS VIRTUALES

“En razón del aislamiento social por la COVID-19 y el distanciamiento familiar, las visitas virtuales adquieren una alta relevancia para el paciente y su familia. Debido a los contenidos emocionales implícitos en ese contacto (posibilidad de fuertes emociones, noticias inadecuadas emitidas por los familiares, dificultad de la familia en transmitir tranquilidad al paciente, preocupaciones del paciente por familiares enfermos o fallecidos durante su ingreso) el psicólogo realiza una mediación entre el paciente y la familia. El rechazo a la visita virtual, aunque es raro, es un derecho del paciente”.

ACOMPAÑAMIENTO EN LA MUERTE DEL PACIENTE

“Después de recibir la comunicación del fallecimiento por el equipo de enfermeras un asistente social queda responsabilizado en el contacto por vía telefónica de un porta voz de la familia. En el contacto telefónico el profesional solicita la presencia en el hospital de no más de 2 familiares, los que serán informados del deceso. Los familiares son recibidos por el médico, el asistente social y un psicólogo; el médico es el responsable de informar a la familia sobre el fallecimiento del paciente y el psicólogo tiene la misión del acompañamiento a la familia después de la noticia. El psicólogo mantiene una postura de escucha activa que le permita identificar signos sugestivos de duelo complicado, tales como: cuestionamiento en relación a los cuidados del equipo de salud, sentimientos de culpa de algún miembro de la familia, negación de la muerte, ira, comportamientos auto o hetero agresivos (verbal o físico) o ausencia de redes de apoyo durante el proceso de duelo”.

“Por las medidas sanitarias, el féretro es velado solo de 10 minutos a 1 hora (en dependencia del lugar del entierro). De esta forma, la familia no tiene la posibilidad de ver el cuerpo de su ser querido en el velorio. El psicólogo le ofrece a la familia la posibilidad de la despedida presencial en la morgue del hospital y si acepta, acompaña al familiar. Forma parte de este acompañamiento del psicólogo ayudar a la familia a protegerse (con el uso de máscara, gorro, delantal y guantes), explicando los motivos de estas medidas de cuidado (evitar riesgos de contagio por la COVID-19)”.

“Cuando es necesario, el psicólogo interviene en la despedida basado en: perdonar al fallecido, pedir perdón, agradecer, expresar su sentimiento de amor y decir adios. Finalmente, apoya al familiar en la salida de la morgue, retirar los EPIs y dirigirlos hacia el asistente social, quien finaliza la etapa en el hospital con las últimas orientaciones”.

SALIDA DEL PACIENTE DEL HOSPITAL EN CONTRA DE LAS ORIENTACIONES MÉDICAS

“En las situaciones en que el usuario manifieste su deseo de abandonar el hospital, en contra del criterio médico, interrumpiendo su tratamiento, el equipo de salud recibe esa solicitud tratando de comprender el motivo de ese deseo, evaluando las posibilidades del paciente para que continúe el tratamiento en el hospital, orientando al usuario en cuanto a los riesgos sanitarios y para su salud, involucrándolo en la situación en cuestión. El psicólogo forma parte de esa cadena de ayuda, contribuyendo con el equipo de salud a través de su escucha y da sugerencias para la resolución del conflicto, priorizando el respeto al usuario y a sus expresiones de autonomía”.

ATENCIÓN AL EQUIPO DE SALUD

“El psicólogo puede ser convocado por miembros del equipo multidisciplinario para ayuda de emergencia, debido a situaciones agudas ocurridas con el equipo, tales como: fallecimientos, recibir el diagnóstico de la COVID-19, conflictos con pacientes, dificultades en el proceso de trabajo que afectan el resultado asistencial y por otras demandas emocionales”.

“Para situaciones de emergencias se cuenta con dos psicólogas que permanecen 18 horas semanales en el hospital de campaña y que atienden mediante una planificación la demanda espontánea”.

ACCIONES DE HUMANIZACIÓN

“El equipo de Psicología actúa en cooperación para la promoción de acciones de humanización (para pacientes y equipos de salud) tales como: visitas virtuales de payasos voluntarios, serenatas, conmemoración de aniversarios, musicoterapia, áreas de arteterapia, entre otras”.

CONSIDERACIONES FINALES

En el momento en que se cierra este capítulo (20 de junio de 2020), Brasil sigue una curva ascendente de la pandemia, se superó la cifra de 1,000,000 de casos confirmados (oficialmente) y también fue superada la triste cifra de 51,000 muertes causadas por la COVID-19.

La contaminación continúa avanzando hacia áreas más remotas y ciudades pequeñas en los estados de todo el país y se siguen registrando increíbles esfuerzos de los profesionales de la salud, investigadores, comunidades científicas y académicas y una significativa parte de la población que se unen y solidarizan con la situación de muchos que sufren los efectos de la pandemia, no solo por contraer la enfermedad, sino también por las consecuencias que esta va generando: desempleo, cambios drásticos en las rutinas de vida de las personas, principalmente en las ciudades donde fueron decretadas medidas más fuertes de aislamiento social, cuarentena o *lockdown*.

Otras manifestaciones de sufrimiento mental comienzan a identificarse, según investigación de la Asociación Brasileña de Psiquiatría realizada en mayo de 2020; había, en los tres primeros meses de instalación de la pandemia en Brasil, un incremento del 25% en la demanda de ayuda psiquiátrica por la población con relación a igual período de tiempo en años anteriores. De la misma forma ya se tienen indicios (en fase de levantamiento de datos más objetivos) del incremento de casos de suicidio y de tentativas de suicidio.

El país ya venía padeciendo una grave crisis económica, social y política que se arrastra desde el 2016 y la llegada de la pandemia ha hecho agravar esta situación. Según el Instituto Brasileño de Geografía Estadística (IBGE, 2020) había un preocupante incremento del número de desempleados, que subió de 13,000 en enero de 2020 a 18,000 en mayo 2020.

El sufrimiento mental de nuestra población se agrava, al igual que las tensiones sociales. Los psicólogos son demandados para atender las consecuencias de esos impactos donde la sensación de discontinuidad,

la desesperanza, la falta de previsibilidad y de planificación de la vida la ven amenazadas cada vez más personas.

Grupos de profesionales de Salud Mental ya comienzan a organizarse previendo una ola muy importante de cuadros de estrés post-traumático con la disminución de la pandemia. Hay certeza de que la llamada “nueva normalidad” adquiere características amenazadoras para la población....

Continuaremos con nuestro trabajo, pero con una dificultad adicional, pues somos al mismo tiempo demandados como cuidadores, pero también formamos parte de esa población que sufre. Esperamos e intentaremos ayudar, para que las lecciones derivadas de la pandemia en el mundo permitan crear propuestas para una sociedad más fraterna, solidaria, empática y justa.

No tenemos dudas de que el “modelo de mundo” que creamos llegó a su estertor, pero ... ¿Cuál será el nuevo modelo? ...

Con la palabra: todos aquellos que se preocupan...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TEXTO GENERAL:

Associação Brasileira de Psiquiatria (2020). *Atendimento psiquiátrico e COVID-19*. Recuperado de: <https://www.abp.org.br/noticias/categories/COVID-19/>

Conselho Federal de Psicologia – Brasil (2020). *Quantos somos?* Recuperado de: <http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/>

Grau, J. (2000): *La Historia de la Psicología de la Salud en el Mundo*, II Congreso Iberoamericano de Psicología, Bogotá. (Anales)

IBGE (2020). *O Brasil em Números*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado de: <https://www.ibge.gov.br/indicadores>

Maia, E. M. C., Sebastiani, R. W. (2006). Análisis de la evolución de la producción científica presentada en eventos académicos de psicología de la salud en América Latina (1985-2003). *Revista Acta Colombiana de Psicología*; 9(1): 5-24.

Ministério da Saúde – Brasil. (2020). *TELEPSI, teleatendimento psicológico – COVID-19*. Recuperado de: <http://sites.google.com/hcpa.edu.br/telepsi/>

Rede de Apoio Psicológico PSI-SUS (2020). Recuperado de: <https://www.rededeapoio psicologico.org.br/>

Sebastiani, R. W. (2003). *Psicologia da Saúde no Brasil: 50 Anos de História*. Recuperado de: <http://www.nemeton.com.br/> (24/08/2003)

Maia, E. M. C., Sebastiani R.W. (5 ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA 9 (1): 5-24, 2005 ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA 9 (1): 5-24, 2006

REGIÃO NORTE:

Portaria Nº 4, de 18 de Maio de 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-4-de-18-de-maio-de-2020-257673355>. Acesso em: 28 de maio de 2020.

DOU. Imprensa oficial: Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19. Povos indígenas no contexto da COVID – 19. (elaborado pela Fio Cruz)

REGIÃO CENTRO-OESTE:

Albuquerque, M. V. de; Viana, A. L. A.; Lima, L. D. de; Ferreira, M. P.; Fusaro, E. R.; & Lozzi, F. L. (2017). Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1055-1064. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>

Brasil (2020a). *Decreto nº 9.633, de 13 de março de 2020. Dispõe sobre a decretação de situação de emergência na saúde pública do Estado de Goiás, em razão da disseminação do novo coronavírus (2019-nCoV)*.D.O. de 13-03-2020 – Suplemento.

Brasil (2020b). *Decreto nº 432, de 31 de março de 2020. Consolida, estabelece e fixa critérios para aplicação de medidas não farmacológicas excepcionais, de caráter temporário, restritivas à circulação e às atividades privadas, para a prevenção dos riscos de disseminação do coronavírus em todo o território de Mato Grosso*. DOE – MT em 2-04-2020.

Brasil (2020c). *Decreto nº 15391, de 16 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas temporárias a serem adotadas, no âmbito da Administração Pública do Estado de Mato Grosso do Sul, para a prevenção do contágio da doença*

COVID-19 e enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (SARS-CoV-2), no território sul-mato-grossense. DOE – MS em 16-03-2020.

Brasil (2020d). *Decreton° 40.539, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, e dá outras providências. Governo do Distrito Federal. DODF n° 33 A, Edição Extra de 19-03-2020.*

Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (2020e). *Boletim Epidemiológico Especial COE-COVI-19, de 17 a 23 de maio de 2020. Disponível em <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/29/2020-05-25--BEE17---Boletim-do-COE.pdf>*

Brasil. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (2020f). *Nota Técnica n°: 1/2020 – GAB- 03076.*

Brasil. Ministério da Saúde (2020g). *Portaria n° 580, de 27 de março de 2020 – DOU – Imprensa Nacional. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-580-de-27-de-marco-de-2020-250191376>*

Brasil. Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde (2020h). *Recomendação n. 018, de 26 de março de 2020. Recomenda a observância do Parecer Técnico n° 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atução dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus –COVID-19. Disponível em: [P68om68://conselho.saude.gov.br/ P omendacoes-cns/1086-recomendacao-n-018-de-26-de-marco-de-2020](https://conselho.saude.gov.br/omendacoes-cns/1086-recomendacao-n-018-de-26-de-marco-de-2020)*

Giovanella, L.; Franco, C. M.;& Almeida, P. F. de (2020). *Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. Ciência & Saúde Coletiva, 25(4), 1475-1482. EpubApril 06, 2020. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>*

Mattos, I. C. (2020). *Comunicação Pessoal, 28 de maio, 2020.*

Paiva, C. H. A. & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde*, 21(1): 15-36. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.

Santos, H. G. B. dos (2020). Comunicação Pessoal, 27 de maio, 2020.

REGIÃO NORDESTE

Chiattonne, Heloisa Benevides de Carvalho (2005). A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In: *Psicologia da Saúde – um novo significado para a prática clínica* (pp. 145-233). 2ª Edição revista e ampliada. Cengage Learning Edições, 2011.

Chiattonne. H. B. de C. Prática Hospitalar (2003). In: *Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, 08, 2003, São Paulo. Anais...*(pp. 20-32). São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia da Saúde e Hospitalar

Ribeiro, Cynthia Gabriela Dos Santos (2018). A atuação do psicólogo no contexto hospitalar. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 03, Ed. 10, Vol. 08, P. 80-87 Outubro de 2018.

REGIÃO SUL

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8) [Links]

REGIÃO SUDESTE:

Consellho Federal de Psicologia– Brasil (2020). Coronavírus – Informações do CFP. Recuperado de: <https://site.cfp.org.br/coronavirus/1-inicio/>

Conselho Federal de Psicologia – Brasil (2020b). Resolução CFP nº 04/2020. Recuperado de: <https://site.cfp.org.br/coronavirus-comunicado-sobre-atendimento-on-line/>

Prefeitura do Município de São Paulo. Censo da População de Rua de São Paulo – 2019. Recuperado de: <http://www.capital.sp.gov.br/noticia/prefeitura-de-sao-paulo-divulga-censo-da-populacao-em-situacao-de-rua-2019>

UNIFESP, Universidade Federal de São Paulo (2019). Recuperado de: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/16037>

RELACIÓN DE DOCUMENTOS DE ORIENTACIÓN GENERADOS PARA LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL EN BRASIL PARA EL ENFRENTAMIENTO A LA PANDEMIA POR COVID-19:

CONASS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (2020). Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia –recomendações gerais do COVID-19. Recuperado de: <https://www.conass.org.br/cartilhas-reunem-recomendacoes-em-saude-mental-na-pandemia/>

CONASS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (2020). Processo de Luto no contexto da Covid-19. Recuperado de: <https://www.conass.org.br/cartilhas-reunem-recomendacoes-em-saude-mental-na-pandemia/>

CONASS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (2020). Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia do COVID-19, recomendações para o cuidado de crianças em situação de isolamento hospitalar. Recuperado de: <https://www.conass.org.br/cartilhas-reunem-recomendacoes-em-saude-mental-na-pandemia/>

Conselho Federal de Psicologia (2019) – Brasil. Referências para Atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS. Recuperado de: <https://cfp.org.br/crepop>

CRP-MG (2020). Práticas de Autocuidado para Profissionais de Psicologia. Recuperado de: <https://www.crpmg.org.br/coronavirus>

Gomez, A. M. (2020). A História da Ostra e da Borboleta: O Coronavírus e Eu. Recuperado de: www.AnaGomez.org

OPAS – Brasil (2020). Guia para atendimento em saúde mental em crises humanitárias. Recuperado de: <https://nacoesunidas.org/oms-lanca-guia-para-atendimento-de-saude-mental-em-crisis-humanitarias/amp/>

Sociedade Brasileira de Psicologia (2020). Enfrentamento do COVID19. Técnicas para contribuir com a prática profissional da psicologia. Recuperado de: <https://www.sbponline.org.br/enfrentamento-COVID19>

Schevinsky, S., Alves, V. L. R. (2020) *Lesão Encefálica Adquirida: O que é importante saber!* eBook: ASIN B089SCYPZ; Ed. Gentil Gigante.

Sousa, M. J. Guerreiro, M. (2020) Corona o vírus. Recuperado de: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/novo-coronavirus-dachina/#sec-21>

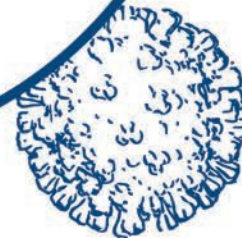
Universidade Federal do Rio de Janeiro (2020). Comunicação alternativa para pacientes com COVID-19. Recuperado de: https://www.portalassistiva.com.br/pranchas/atividades.php?opcao=4&cod_atividade=2916

Universidade de São Paulo. LabEducação. (2020). Envelhecimento saudável em tempos de Pandemia. Recuperado de: <https://www5.each.usp.br>

Vamos falar Sobre Luto (2020). Novos rituais do luto em tempos de distanciamento físico. Recuperado de: info@vamosfalarsobreluto.com.br

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Weide, J.N., Viventini, E. C., Araujo, M. F., Machado, W.L. & Enumo, S. R.F (2020). *Cartilha para enfrentamento do estresse em tempos de Pandemia*. Porto Alegre: PUCRS/ Campinas: PUC-Campinas. Trabalho Gráfico: Gustavo Ferinaro Costa.



CAPÍTULO II. PSICOLOGÍA Y COVID-19. EL CASO DE CHILE

ALFONSO URZÚA

Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte, Tesorero de ALAPSA.

ALEJANDRA CAQUEO-URÍZAR

Instituto de Alta Investigación, Universidad de Taparacá.

MATÍAS IRARRÁZAVAL

Ministerio de Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Este trabajo ha sido soportado por ANID PIA CIE160007

CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD Y DE LA EPIDEMIA EN EL PAÍS

El Sistema de Salud en Chile funciona principalmente a través de dos sistemas de seguros de salud que funcionan de forma paralela (Superintendencia del Gobierno de Chile). El primero es un seguro de tipo privado a través de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y el segundo es el seguro público de salud, denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA). Cada persona tiene la posibilidad de adscribirse a uno de estos dos seguros, lugar al cual se transfiere el 7 % de su sueldo mensual como cotización obligatoria. Son beneficiarios del subsistema público las personas clasificadas como indigentes que no tienen capacidad de contribución, y los afiliados cotizantes y sus cargas. En el caso del seguro privado, existen múltiples ISAPRES, y de acuerdo al monto ingresado, la persona que ha optado por una ISAPRES puede optar entre diversos planes de seguros, con mayores o menores coberturas dependiendo del plan, edad y preexistencia de enfermedades, entre otras variables, lo que puede significar un mayor o menor gasto de bolsillo.

En el caso del seguro público de salud, FONASA, existen cuatro tramos de acuerdo a sus ingresos (FONASA. Boletín Estadístico 2017-2018):

a) Tramo A (17,8 %): que incorpora a todas aquellas personas que no tienen recursos y los causantes de subsidio único familiar. La atención para este grupo es gratuita en hospitales y consultorios públicos.

b) Tramo B (24,7 %): considera en este grupo a todas aquellas que tienen un ingreso mensual menor a US \$ 315, además de las que son beneficiarias de pensiones básicas solidarias. Para esta categoría, la atención es igualmente gratuita en hospitales y consultorios públicos.

c) Tramo C (14,3 %): incorpora a aquellas personas que ganan entre US \$ 315 y hasta US \$ 460. Para acceder a las prestaciones de salud deben pagar el 10 % del arancel en hospitales públicos. Si tienen 3 o más cargas familiares son consideradas como del tramo B.

d) Tramo D (18,1 %): considera a las personas que ingresan mensualmente más de US \$ 460, pagando un 20 % del arancel en hospitales públicos. Si tienen 3 o más cargas familiares se consideran como del tramo C.

Las personas que cotizan en FONASA tienen dos modalidades de atención entre las cuales pueden elegir al momento de necesitar atención sanitaria: atención institucional y libre elección.

La atención institucional implica atenderse en alguno de los establecimientos de la red asistencial pública, la cual está compuesta a nivel de atención primaria por Centros de Salud Familiar (CESFAM), Servicios de Atención primaria de Urgencia (SAPU), Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y a nivel de atención secundaria por Hospitales Públicos.

En el caso de la modalidad de libre elección, la persona puede comprar un bono y ser atendida en establecimientos privados o con profesionales que tengan convenio con FONASA.

La red de salud pública está presente a lo largo de todo el país, abarcando tanto las zonas urbanas como rurales. La Tabla 1 muestra el número de establecimientos a lo largo del país, detallando con mayor profundidad los vinculados a la atención en el campo de la salud mental tanto abierta como cerrada.

El primer caso de COVID-19 fue reportado el 3 de marzo del 2020, y el primer fallecido 19 días después, el 22 de marzo. Al 10 de julio, existen alrededor de 310,000 casos confirmados, un promedio de 3,000 casos diarios nuevos y casi 7,000 personas fallecidas (Ministerio de Salud, 2020a). Pese a las estrategias implementadas de cuarentenas focalizadas en ciertas ciudades y comunas con mayor número de casos, a la fecha no se observa una disminución significativa del número de casos nuevos, lo que ha puesto al límite el sistema de atención público y privado en casi todas las regiones del país. De acuerdo al informe del 5 de julio de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (Escuela de Salud Pública, 2020), el país sigue en un momento muy crítico de la epidemia, pero con un escenario más favorable y con nuevos desafíos, dado que se desconoce el efecto que pueda tener en el curso de la pandemia los fríos meses de invierno.

ESTABLECIMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Consultorio General Rural (CGR)	212
-----	-----
Consultorio General Urbano (CGU)	395
-----	-----
Centro Comunitario de Salud Familiar (CESCOF)	274
-----	-----
Posta Salud Rural (PSR)	1 129

Servicio Atención Primaria Urgencia (SAPU) 234

Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) 56

**ESTABLECIMIENTOS Y DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN ABIERTA
DE SALUD MENTAL DE ESPECIALIDAD**

Centro de Salud Mental Comunitaria 102

Equipos Ambulatorios de Salud Mental de Especialidad en Hospitales. (CRC-CAE-CDT) 59

Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia 10

Centros de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas 77

Hospital de Día para población Infanto-Adolescente y para Adultos 60

**ESTABLECIMIENTOS, UNIDADES Y DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN CERRADA
DE SALUD MENTAL DE ESPECIALIDAD**

Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP)
para población Infanto-Adolescente y para Adultos en Hospitales Generales 57

Unidades de Psiquiatría de Enlace en Hospitales 20

Unidades de Mediana Estadía	3
Unidades de Larga Estadía en Hospitales Psiquiátricos	3
Centros de Tratamiento Residencial para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas	80
Hogares Protegidos	135
Residencias Protegidas	72
SubRed de Psiquiatría Forense	8

Tabla 1. Establecimientos Red de Salud Pública

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PSICOLOGÍA EN INSTITUCIONES DE SALUD Y OTRAS.

PSICOLOGÍA EN EL SISTEMA DE SALUD

En Chile, no existen los Servicios de Psicología como estructura en las instituciones del sistema de salud, incorporándose como parte de los equipos sanitarios a la red de servicios en salud mental, tanto en Atención Primaria en Salud (APS) y como parte de los Servicios de Psiquiatría, principalmente, en Atención secundaria, que es la que a continuación se describe.

RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Esta es parte de la red de salud general, entendiendo que las personas con enfermedad mental requieren y deben contar con acceso expedito a todo el sistema sanitario, al igual que las personas que padecen cualquier otro tipo de enfermedad. La existencia de una red de servicios de salud mental permite que los usuarios tengan acceso a la diversidad de servicios, articulados entre sí para responder a sus necesidades, en cualquier estado de su proceso de salud - enfermedad.

En la red de Salud Mental, la APS constituye el nodo por excelencia, como puerta de entrada y centro de comunicación y de articulación de la red, definiendo los flujos y contraflujos de esta. En este papel, la APS presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto de la persona usuaria con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Además, se vincula activamente con los centros de salud mental comunitaria, que desempeñan el rol de nodo articulador de los puntos de atención de especialidad en salud mental. Todos los establecimientos del país cuentan con el Programa de Salud Mental en APS, donde participa un psicólogo, constituyendo una red con una alta territorialidad y representatividad (Ministerio de Salud, 2015).

En la APS, los psicólogos se insertan principalmente en los CESFAM, brindando atención en salud mental integral con enfoque familiar y comunitario a la población, con acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. A mayo de 2019 existen más de 3,000 psicólogos que prestan atención en este nivel (tabla 2).

N° Psicólogos/as	3559

N° Trabajadores/as sociales	3457

N° Médicos	7324

N° Terapeutas Ocupacionales	805

N° Matrones/as	4100

N° Enfermeras/os	6654

Tabla 2. Número de profesionales en centros de APS que prestan atenciones en Salud Mental.

A nivel secundario, los equipos de salud mental están conformados por psiquiatra, psicólogo, asistente social, enfermera, terapeuta ocupacional, técnico paramédico y monitor, siendo los coordinadores y articuladores de la red de salud mental. Este equipo es responsable de un área territorial y de una determinada población beneficiaria, debiendo ejercer, además de la labor asistencial directa, funciones de capacitación y asesoría hacia los dispositivos del nivel primario, a la comunidad organizada y establecer vínculos intersectoriales. Además, son los responsables de definir e implementar un flujograma de atención del paciente, (referencia y contrareferencia) que asegure el cumplimiento de los principios de universalidad, accesibilidad, equidad, y continuidad de la atención de los beneficiarios. Finalmente, son responsables de evaluar y monitorizar en forma sistemática el funcionamiento y estado de la red.

A nivel terciario, los equipos de salud mental ambulatoria y los equipos de las distintas sub-especialidades del nivel terciario (adicciones, mediana estadía, psiquiatría, hospitalización cerrada y diurna, y psiquiatría forense) buscan mejorar la resolutiveidad.

Los dispositivos que incluye son hospitales de día de adultos e infanto-adolescentes, Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) para Población Adulta e Infanto Adolescente. A nivel comunitario, los hogares y residencias protegidas, así como los centros diurnos completan la oferta de especialidad. En todos ellos trabajan psicólogos (Ministerio de Salud, 2018a).

Los psicólogos también prestan servicios a través de los Servicios de Psiquiatría en el campo de las enfermedades mentales, pudiendo realizar interconsultas a otros servicios no psiquiátricos. Eventualmente, algunos hospitales generales han incorporado a psicólogos adscritos a otros servicios, tales como Pediatría y Oncología. En la tabla 3 se muestran la cantidad de psicólogos que prestan servicios en la red asistencial, tanto en especialidad abierta como cerrada

Dispositivo	N° Psiquiatras Adultos	N° Psiquiatras Infanto Adolescentes	N° Psicólogos/as	N° Enfermeras/os	N° Trabajadores/as Sociales	N° Terapeutas Ocupacionales
CAE-CRS-CDT	303	121	407	59	126	139
Centro de Salud Mental Comunitaria	308	214	767	86	375	382
Hospital Día	55	18	84	134	54	54
Centro Tto. OH y Drogas (en Convenio Privado)	62	28	197	8	131	60
Centro Apoyo Comunitario Personas con Demencia	6	0	10	7	8	19
Centro de Atención Residencial OH y Drogas	2	0	3	0	3	2

Dispositivo	N° Psiquiatras Adultos	N° Psiquiatras Infanto Adolescentes	N° Psicólogos/as	N° Enfermeras/os	N° Trabajadores/as Sociales	N° Terapeutas Ocupacionales
Centro de Rehabilitación	0	0	7	0	7	6
Centro de Residencial OH y Drogas	41	5	126	5	59	38
Unidades de corta estadía UCE/UHCIP	168	126	103	309	65	57
Unidades Forenses	4	3	8	4	4	2
Unidades de Larga Estadía	4	0	2	6	2	1
Unidades de Mediana Estadía	10	1	8	16	9	13
Psiquiatría de Enlace	23	18	25	8	5	0

Fuente: COMGES 9.1, enero a diciembre del año 2018 Unidad de Salud Mental, DIGERA (Ministerio de Salud, 2018b)

Tabla 3. Recurso Humano por tipo de nodo y/o punto de atención Red Salud Mental

PARTICIPACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LAS ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN, PREVENCIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO A TODA LA POBLACIÓN FRENTE A LA COVID-19 POR LAS DIFERENTES VÍAS UTILIZADAS.

EL CONTEXTO DE LA PSICOLOGÍA EN EL SISTEMA DE SALUD

La psicología no está aún reconocida por el Código Sanitario como una profesión de la salud, pero sí como de colaboración médica. A esto se suma la carencia de una acreditación de subespecialidades vinculadas al campo de la salud, como la psicología clínica y la psicología de la salud, siendo esto parte de las causas del por qué la psicología de la salud no se ha incorporado estructuralmente en los distintos niveles y servicios de atención en salud, reduciendo el actuar de los psicólogos principalmente al campo de la atención en salud mental. En este marco, se presentan a continuación las estrategias que se han utilizado en el país, en las cuales pueden participar psicólogos, las cuales se refieren fundamentalmente al campo de la salud mental.

ESTRATEGIAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL

La Mesa Técnica de Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres, a través de los equipos de Salud Mental DIPRECE, DIGERA, DIVAP y Departamento de Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud, elaboraron un Plan de Acción de Salud Mental para articular y organizar las acciones de protección de la salud mental durante la pandemia por COVID-19 que afecta al país. Este plan fue elaborado en función del modelo chileno de protección de la salud mental en la gestión del riesgo de desastres, y los estándares internacionales para la respuesta en salud mental y apoyo psicosocial en el contexto de pandemia. Su propósito es reforzar las acciones en curso para reducir la probabilidad de contagio del virus, disminuir las repercusiones de la pandemia en las personas y comunidades en el corto, mediano y largo plazo, y fortalecer las capacidades de cara a la fase de recuperación post pandemia.

El plan se organiza en torno a ocho líneas de acción (tabla 4), con sus respectivos objetivos y estrategias, a través de los cuales se implementarán diversas acciones tanto a nivel sectorial como intersectorial. El objetivo general es fortalecer capacidades para mitigar el impacto en la salud mental en la población en el contexto de la pandemia por COVID-19, a través de la adecuación de los servicios de salud mental, la coordinación intersectorial y la focalización de los grupos en mayor vulnerabilidad biopsicosocial. El Plan incluye en todas sus líneas la acción de psicólogos.

OTRAS ACCIONES ESPECÍFICAS

a) HOSPITAL DIGITAL

Se ha asegurado la continuidad de las atenciones a través de priorización de las personas usuarias para atención presencial y entrega de fármacos a domicilio, fortalecimiento de atención remota a través de vía telefónica y video-llamadas, y la mantención de la oferta de hospitalización para los casos graves que lo requieran.

LÍNEA DE ACCIÓN

SÍNTESIS DE ESTRATEGIAS

Continuidad y fortalecimiento de la gestión en salud mental

Las estrategias de esta línea apuntan a asegurar la mantención del funcionamiento de los servicios de salud mental en todos sus niveles y modalidades, durante la pandemia, readecuando la red de salud al contexto de emergencia, optimizando recursos y fortaleciendo estrategias de gestión.

LÍNEA DE ACCIÓN

SÍNTESIS DE ESTRATEGIAS

Coordinación
Intersectorial

Las estrategias de esta línea se sustentan en lógicas de coordinación intersectorial ya instaladas, tales como las Mesas Técnicas intersectoriales de salud mental y apoyo psicosocial, nacional y regionales, y potenciar la creación de nuevas instancias en base a las iniciativas surgidas en contexto de COVID-19.

Grupos específicos

Focalización de estrategias para los siguientes grupos: afectados directos por COVID-19, incluyendo grupos en cuarentena, pacientes contagiados, pacientes en cuidado intensivo y sus familiares, familiares de fallecidos; grupos en mayor vulnerabilidad psico-social, tales como mujeres, migrantes, personas en situación de calle, niños, niñas y adolescentes; promoción de la inclusión de personas en situación de discapacidad y/o dependencia y sus cuidadores; y, focalización en la protección de personas bajo cuidado en dispositivos residenciales e instituciones del Estado, incluyendo SENAME, Gendarmería, hospitales psiquiátricos y ELEAM.

Cuidado del personal
de salud

Instalación de un sistema de apoyo psicológico por vía remota al personal de salud, y el desarrollo de planes de acción territoriales para el cuidado Institucional de sus funcionarios en todos los niveles de la red pública de salud.

Fortalecimiento
comunitario

Trabajo conjunto con las organizaciones de base de la comunidad presentes en el territorio, líderes y agentes comunitarios, para facilitar las acciones de apoyo social y cuidado mutuo, participación de la comunidad en el levantamiento de necesidades en salud mental y propuesta de acciones territoriales, y apoyo a las iniciativas comunitarias autogestionadas, y de apoyo espiritual que puedan estar presentes, haciendo uso de mecanismos de interacción que ofrezcan seguridad de acuerdo al contexto sanitario.

LÍNEA DE ACCIÓN	SÍNTESIS DE ESTRATEGIAS
Gestión de la Información	Se trabaja por establecer mecanismos para el monitoreo de las acciones de salud mental desplegadas a nivel de SEREMI y Servicios de Salud, junto con el estado de situación de la red de salud mental en modalidad abierta y cerrada a lo largo del país, y el seguimiento de sus usuarios. De igual forma, se establecerán canales para el intercambio de información en salud mental intra e intersector.
Formación y lineamientos técnicos para la intervención	Se trabaja sobre la elaboración de un marco técnico referencial para los equipos intervinientes, y la entrega de herramientas técnicas a través de instancias de formación y capacitación online, tanto para equipos de salud como el intersector.
Educación y Comunicación Social	Se implementa a través de difusión de una estrategia comunicacional en redes sociales y medios de comunicación escritos y audiovisuales, enfocada a promover que la población en general adquiera conocimientos, adopte actitudes y comportamientos favorables individuales y colectivos para la protección de la salud mental durante la pandemia. Se proyecta realizar las acciones comunicacionales en alianza con el intersector y la sociedad civil.

Tabla 4. Plan de Acción Salud Mental COVID-19: Síntesis de Estrategias por línea de acción.

Se ha realizado un seguimiento de los centros de atención de especialidad abierta (COSAM, Hospitales de Día, Centros tratamiento alcohol y drogas, etc.), hospitalaria y residencial para conocer su funcionamiento en el contexto de la pandemia. En esa misma línea, se han realizado coordinaciones con el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), para vigilar, a través de reportes semanales, la atención de usuarios con trastornos por uso de sustancias y así asegurar una atención de calidad.

b) PROTOCOLOS DE ACCIÓN

Se están desarrollando estrategias para personas con trastornos mentales y dependencia que viven en Hogares y Residencias Protegidas, de modo complementario al trabajo de las residencias sanitarias. Se han elaborado documentos para apoyar el trabajo que deben realizar los equipos de especialidad de Salud Mental, con recomendaciones para la protección de la salud mental en contexto COVID-19 (en espera de firma de la autoridad), los cuales son:

- Orientaciones para la Atención de Personas Usuarias de Salud Mental Especialidad Atención Ambulatoria y Atención Cerrada en el contexto COVID-19.

- Lineamientos sobre la reconversión de camas de hospitalización psiquiátrica ante brote de COVID-19.

- Orientaciones para el manejo en dispositivos residenciales, temporales y permanentes, para personas con trastornos mentales y dependencia en el contexto de la emergencia por COVID-19.

Se ha reforzado técnicamente la línea salud mental de Salud Responde, manteniéndose operativa para el apoyo de situaciones críticas en salud mental, como por ej. Riesgo de suicidio.

c) COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

En coordinación con ONEMI se ha activado operativamente la Mesa Intersectorial de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en la Gestión del Riesgo de Desastres, iniciándose el levantamiento de información respecto a acciones en curso de las instituciones colaboradoras, y se está brindando asesoría técnica a instituciones con acciones en salud mental en desarrollo.

Se elaboró y difundió documento con lineamientos técnicos para el desarrollo de acciones en el intersector, el cual fue utilizado por la Universidad de Chile para elaborar su propuesta de estrategia de salud mental para la Mesa Social COVID-19. Se elaboró una actualización de este documento, con nuevas herramientas técnicas, que se encuentra a la espera de autorización para difusión a equipos interventores.

d) LÍNEAS DE APOYO REMOTO

La iniciativa “Red de Líneas de Ayuda Remota en Salud Mental y Apoyo Psicosocial”, busca articular las líneas de ayuda remota que han surgido en el contexto de COVID-19, incluyendo las del sector salud, de otras instituciones del estado, y de la sociedad civil organizada. De esta forma surge la iniciativa “Red Intersectorial de Líneas de Ayuda Remota en Salud Mental y Apoyo Psicosocial”, la cual contempla los siguientes componentes:

- Catastro de instituciones y organizaciones con líneas operativas de ayuda remota en salud mental y apoyo psicosocial a lo largo del país.

- Coordinación entre líneas existentes, redes territoriales e intersectoriales, y protocolos de actuación frente a situaciones críticas, tales como riesgo de suicidio y vulneraciones de derecho.

- Herramientas para la intervención, basado en los lineamientos internacionales y nacionales de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS), y los principios generales de la respuesta humanitaria en emergencias.

- Monitoreo y sistematización de la estrategia.

Como punto de partida, se genera un catastro online de las líneas de ayuda remota disponibles durante la pandemia, a través del cual se generarán reportes periódicos, dando cuenta de las características de las líneas que conforman la red y difundiendo sus canales de atención a la ciudadanía. Actualmente se han publicado dos Catastros de líneas de ayuda remota en Salud Mental y apoyo Psicosocial, donde además de la oferta estatal, se incluyen redes de apoyo de instituciones no gubernamentales y de alcance internacional, nacional, regional, comunal y provincial. Dicho boletín incluye, además, información de contacto de estas líneas de ayuda, horarios, equipos de atención, público objetivo y costos al consultante. En este catastro nacional han participado, hasta la fecha, 82 instituciones. A todas ellas, se les solicitó registrar las necesidades que han surgido en las consultas efectuadas a la línea de ayuda remota a partir del contexto de pandemia por COVID-19.

Se planifica realizar un análisis cualitativo de los registros de nuevas necesidades de las personas que consultan a las líneas de ayuda. Esto, a través de una codificación abierta realizada por profesionales del Departamento de Salud Mental de manera separada, para finalmente triangular la codificación. Este trabajo es profundamente inductivo, ya que prescinde de una teoría para aplicar conceptos, leyes o dimensiones al texto que se está codificando. La codificación abierta resulta del examen de los datos para identificar y conceptualizar los significados que el texto contiene. Los datos son segmentados, examinados y comparados en términos de sus similitudes y diferencias. Una vez identificado un fenómeno particular en los datos, se agrupan los conceptos en torno a él, es decir, aquellos que parecen pertenecer al mismo fenómeno. Al fenómeno representado por la categoría también se le da un nombre.

En un primer análisis de los registros de las líneas de ayuda, se evidencian cambios con respecto a las consultas que se realizan previa a la pandemia. Los cuales se han codificado en tres grupos: a) *Reacciones emocionales por contexto de COVID-19* (Miedo, estrés, ansiedad, angustia por encierro, inseguridad por el futuro laboral, síntomas depresivos, crisis de pánico e ideación suicida); b) *Aumento de consultas* (Consultas psicológicas de urgencia, por contención emocional e intervención en crisis; Consultas para contener emocionalmente a niños; Solicitudes de información sobre la red de salud mental; Consultas por violencia

intrafamiliar; Guía sobre licencias médicas por salud mental; Consultas por agravamiento de condiciones de salud mental preexistentes) y c) *Nuevas consultas* (Fortalecimiento del rol de padres, Guías para el trabajo en el hogar, Apoyo emocional a personas mayores).

A partir de esta categorización, queda en evidencia que en la población consultante, ha habido un aumento de consultas de atención remota por presencia de sintomatología emocional asociada a la pandemia y al cambio en el estilo de vida, así como por el agravamiento de condiciones de salud mental pre existente. Existiría una acentuación en la necesidad de recurrir a profesionales de la salud mental para recibir contención emocional e intervención en crisis, además de asesoría en cómo mantener relaciones saludables con menores de edad y de ayuda a personas mayores.

Se espera que muchos de ellos sean potenciales usuarios de la red de salud mental, con el consiguiente aumento de la demanda de atención, lo que hace imprescindible el fortalecimiento de atención remota, para evitar el colapso de la red de salud.

El catastro de líneas de ayuda se mantiene en desarrollo, así como el registro de consultas de salud mental en contexto de pandemia.

e) ACCIONES EN GRUPOS ESPECÍFICOS

1) PACIENTES AFECTADOS POR COVID-19

Se han implementado acciones de apoyo de salud mental mediante psicólogos a pacientes afectados por COVID-19 en diferentes establecimientos de salud a lo largo del país, a través de la entrega de primera ayuda psicológica (PAP) y orientación.

2) SERVICIO NACIONAL DE MENORES (SENAME)

Se han elaborado documentos MINSAL para apoyar el trabajo que deben realizar los equipos de programas residenciales y CIP-CRC de SENAME, con recomendaciones para la protección de la salud mental (en espera de firma de la autoridad), los cuales son:

- Recomendaciones de COVID-19 para Adolescentes y Jóvenes en Contexto Privativo de Libertad, 2020.
-
- Guía de Recomendaciones por COVID-19 para Niños, Niñas Adolescentes y Jóvenes en Contexto de Residencias, 2020.

Se ha mantenido el funcionamiento del Sistema Intersectorial de Salud Integral, con énfasis en Salud Mental de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes que se encuentran en programas de la Red SENAME, a través de videoconferencias entre MINSAL, SENAME y SENDA, y con los Equipos Gestores Intersectoriales que actúan como coordinadores a nivel de los territorios.

3) PERSONAS MAYORES

Se ha colaborado técnicamente con el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), y actualmente se trabaja en flujo de derivación a línea de salud mental Salud Responde de los usuarios de Fono Mayor que requieran de apoyo en salud mental.

Se han elaborado recomendaciones para los equipos de salud para el acompañamiento psicosocial de las personas mayores y sus cuidadores, con foco en aquellos que cursan con demencia.

Se elaboró documento Recomendaciones para equipos de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) que trabajan con personas con demencia en situaciones de catástrofe: Pandemia COVID-19, en conjunto con la Sociedad Chilena de Geriatría.

4) CUIDADO DEL PERSONAL DE SALUD

Comenzó la implementación de la estrategia para el cuidado de la salud mental del personal de salud en contexto de COVID-19, compuesta por dos líneas de trabajo:

- Sistema Digital de Asistencia en Salud Mental para Funcionarios de Salud, implementado a través del Departamento de Salud Digital, con el objetivo de brindar primera ayuda psicológica y contención de salud mental a los funcionarios de la red de salud a través de plataforma de videollamada (<https://coronavirus.hospitaldigital.gob.cl>).
- Planes de acción local para el cuidado institucional del personal de salud en contexto de COVID-19, en todas las SEREMI, Servicios de Salud y establecimientos asistenciales, para lo cual se ofició a toda la red de salud el documento Recomendaciones para el Cuidado del Personal de Salud en COVID-19 y se trabaja en el desarrollo de recursos de apoyo.

f) GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

En el caso específico de la Red especializada de Salud mental abierta y cerrada y con el objetivo de dar respuesta de forma oportuna a las necesidades de salud mental de la población en contexto COVID-19, desde el Ministerio de Salud se implementa un sistema de monitoreo de frecuencia semanal a toda la red. Esta

reportería orienta la toma de decisiones basadas en la información reportada por los equipos de atención y los Servicios de Salud, identificando nudos críticos en la red de especialidad en cuanto al flujo de la atención, contribuyendo a la continuidad de cuidados de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

g) FORMACIÓN Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA INTERVENCIÓN

Se elabora un primer documento técnico: sobre Consideraciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial durante COVID-19, el cual fue enviado a los Servicios y SEREMI de Salud. Se han enviado lineamientos técnicos específicos para equipos de salud, sobre recomendaciones para el abordaje del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el contexto de COVID-19.

h) EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOCIAL

Se realizó lanzamiento de “Guía Práctica de bienestar emocional: Cuarentena en tiempos de COVID-19”, con el objetivo de entregar recomendaciones a la comunidad para la protección de la salud mental y estrategias de afrontamiento saludables durante periodo de cuarentena. SEREMI, Servicios y Establecimientos de Salud han elaborado y difundido mediante redes sociales y medios de difusión locales, material educativo con recomendaciones para la comunidad.

A partir del día 20 de junio el Gobierno de Chile ha impulsado un programa de oferta pública para hacer frente a las consecuencias psicológicas de la pandemia, denominado *SaludableMente*, el cual pretende brindar atención inmediata y urgente de contención y orientación. A través de este programa se busca establecer operativos de salud mental en la red de atención primaria, así como la futura implementación de una plataforma que permita agendar consultas psicológicas o psiquiátricas gratuitas a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud de Chile, FONASA (Ministerio de Salud, 2020b).

ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES INTERNADOS (CENTROS DE AISLAMIENTO PARA SOSPECHOSOS)

Las personas que han sido diagnosticadas con la enfermedad y que no pueden realizar una cuarentena efectiva en su domicilio, porque no cuentan con las condiciones adecuadas, o bien porque no son residentes en la ciudad donde fueron diagnosticados y no tienen un lugar donde permanecer mientras dura su período de cuarentena, pueden ingresar a una Residencia Sanitaria. Estas son gratuitas y en ellas las personas tienen alimentación y monitoreo de su salud durante el periodo que dura la cuarentena (Ministerio de Salud. *Saludablemente*, 2020).

Estas residencias cuentan con apoyo de equipos móviles y de psicólogos para el tratamiento y manejo de condiciones descompensadas o de riesgo suicida o de violencia.

Las personas que se encuentren en aislamiento debido a la sospecha de contagio de COVID-19 pueden hacer uso de los recursos del sitio web del programa *Saludablemente*, en el que se pueden encontrar guías con recomendaciones de autocuidado, además de información de contacto para recibir acompañamiento psicológico y contención emocional por parte de profesionales de salud mental de manera gratuita vía remota, ya sea mediante líneas telefónicas, mensajería instantánea, páginas web y aplicaciones para teléfonos inteligentes.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA A ENFERMOS (VÍAS UTILIZADAS, PSICOTERAPIAS APLICADAS)

El prestar asistencia psicológica a enfermos de COVID-19 se ha constituido como un importante desafío debido a las medidas de aislamiento y distanciamiento social impuestas ante las altas tasas de contagio, haciendo poco factible que un profesional de la salud mental realice atención psicológica de manera presencial, favoreciendo, como alternativa, el uso de herramientas de atención remota, como el teléfono y el internet.

Desde la irrupción del virus en el país, el Estado de Chile ha considerado como punto clave brindar apoyo psicosocial y reforzar acciones de salud mental a personas enfermas de COVID-19, a través del acceso a acciones de protección de la salud mental, reducción del estigma, promociones de estrategias de afrontamiento adecuadas y trabajo multidisciplinario colaborativo (Mesa Técnica de Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres, 2020).

Los enfermos de COVID-19, tienen acceso gratuito a las líneas de acompañamiento psicológico y contención emocional dispuestas por el Estado, así como a las distintas redes de apoyo no gubernamentales que actualmente se encuentran en funcionamiento. Algunas de estas se pueden observar en la tabla 5.

Adicionalmente, diversas Escuelas, Departamentos y Facultades de Psicología a lo largo del país han organizado en sus centros de atención psicológica foros de ayuda online.

RED DE ATENCIÓN	INSTITUCIÓN	CANAL
Salud Responde: Línea de Salud Mental Digital.	Ministerio de Salud.	Vía telefónica gratuita. Página web.
Fonodrogas y alcohol SENDA	SENDA.	Vía telefónica gratuita.
Servicio de atención y apoyo emocional.	Fundación UnidaMente: Abriendo Mentes, Cerrando Estigmas	Vía telefónica gratuita. Vía video llamada. Correo electrónico. Fan page de Facebook.
Escuchar y Hablar te Ayuda.	Universidad de los Lagos.	Vía telefónica gratuita.

RED DE ATENCIÓN	INSTITUCIÓN	CANAL
Proyecto Aplauso Chile.	Organización Proyecto Aplauso.	Vía telefónica gratuita. Correo electrónico. Página web.
Fundación de las Familias	Fundación de las familias.	Mensajería instantánea (WhatsApp).

Fuente: Segundo Boletín del Catastro de líneas de ayuda remota en Salud Mental y Apoyo Psicosocial. (Ministerio de Salud 2020)

Tabla 5: Líneas de atención psicológica para enfermos por COVID-19

ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PROFESIONALES DE LA SALUD QUE PRESTAN ASISTENCIA A ENFERMOS DE LA COVID-19

Desde el inicio del brote del COVID-19, el personal sanitario que presta asistencia a contagiados con la enfermedad se ha visto enfrentado a altos niveles de presión, tanto física como psicológica, así surge una necesidad imperiosa por monitorear y resguardar la salud mental de los profesionales de la salud que conforman la denominada “primera línea” de atención sanitaria. Dado que el personal de salud es un grupo de especial preocupación, se ha considerado la implementación de una estrategia para *el Cuidado del Personal de Salud en contexto de COVID-19* que posee 3 líneas de acción:

- a) *Sistema Digital de Asistencia en Salud Mental para Funcionarios de salud*, donde se han habilitado canales de atención remota, la cual es gratuita y funciona de lunes a domingo entre las 8 y 24 horas.

Este servicio es atendido vía telefónica y videoconferencia por profesionales de salud mental y tiene como objetivo brindar acompañamiento y contención emocional a los trabajadores de la salud y otros respondedores en primera línea.

b) *Cuidado Institucional - planes de acción local para el cuidado del personal de salud en contexto de COVID-19.* Su objetivo es fomentar el “cuidado de quien cuida” durante COVID-19, a través del desarrollo de planes de acción en todas las SEREMI, Servicios de Salud y establecimientos asistenciales. Para ello, se envió el documento “Recomendaciones Para el Cuidado del Personal durante COVID-19”, desarrolladas por la Comisión para el Cuidado de Salud Mental y Bienestar Psicosocial de los Equipos de Salud, dependiente de la Mesa Técnica de Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres MINSAL para apoyar la implementación local de esta línea de acción.

c) *Comunicación social.* Cuyo principal objetivo es difundir mecanismos de afrontamiento y de bienestar psicosocial para los equipos de salud. Esta estrategia se ha materializado en una serie de ciclos de teleconferencias, siendo la primera el 14 de mayo y cuyo foco es fomentar el autocuidado, el cuidado mutuo y el que debe darse a nivel institucional. Este ciclo se realizó todos los jueves de los meses de mayo y junio (tabla 6).

NOMBRE DEL CICLO	DESCRIPCIÓN	MÓDULOS
Capacitación Personal de Salud I	Consideraciones en torno a la salud mental de quienes trabajan en salud en COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> - Consideraciones en Torno a la Salud Mental de Quienes Trabajan en Salud en COVID-19. - Estrategias Implementadas para Contribuir al Cuidado de la Salud Mental del Personal. - Medicina Complementaria Autocuidado del Personal.

NOMBRE DEL CICLO	DESCRIPCIÓN	MÓDULOS
Capacitación Personal de Salud I	Consideraciones en torno a la salud mental de quienes trabajan en salud en COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> - Herramientas para el Trabajo Grupal con Equipos de Salud en COVID-19. - Trabajo con Líderes de Equipos de Salud Contexto de COVID-19. - Cuidado de Salud Mental en Equipos de Atención Primaria en Contexto de COVID-19.
Capacitación Primeros Auxilios Psicológicos I	Formación básica en primera ayuda psicológica en contexto de COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> - Formación Básica en Primera Ayuda Psicológica en Contexto de COVID-19. - Herramientas para el Abordaje del Riesgo Suicida a Través de Canales Remotos. - Herramientas para el Apoyo Remoto de Niños, Niñas y Adolescentes. - Consideraciones para Acciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial para Personas Migrantes. - Comunicación Humanizada de Malas Noticias en Contexto de Pandemia de COVID-19. - Herramientas de Apoyo a Niños, Niñas y Adolescentes con Condiciones de Salud Mental. - Prevención de Suicidio y Apoyo Remoto a Personas Mayores y Sus Cuidadores.

NOMBRE DEL CICLO	DESCRIPCIÓN	MÓDULOS
Capacitación Primeros Auxilios Psicológicos II	¿Qué es la primera ayuda psicológica en contexto de COVID-19? Asistencia humanitaria y práctica de apoyo a otro ser humano.	<ul style="list-style-type: none"> - Marco de Trabajo. - Impacto COVID19. - Principios de Primeros Auxilios Psicológicos: Preparar y Observar. - Principios de Primeros Auxilios Psicológicos: Escuchar. - Principios de Primeros Auxilios Psicológicos: Conectar. - Cuidado de sí mismo y del equipo.

Fuente: <https://www.gob.cl/saludablemente/>

Tabla 6: Ciclos de videoconferencias subidos al canal de YouTube del Hospital Digital del Digital del Ministerio de Salud (Chile)

ATENCIÓN A FAMILIAS DE ENFERMOS O EN PROCESO DE DUELO POR LA PÉRDIDA DE UN FAMILIAR POR LA COVID-19

El tener un familiar que padece COVID-19 está asociado a un marcado incremento en los niveles de ansiedad, en primer lugar, por el miedo que produce el posible contagio de la enfermedad y en segundo, por la separación del ser querido y la incertidumbre ante el futuro.

En la plataforma web del programa *SaludableMente*, existe una cantidad importante de guías para hacer frente al confinamiento en el contexto del hogar, especialmente para aquellos grupos más vulnerables,

como lo son niños, adolescentes y adultos mayores (Mesa Técnica de Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres, 2020). Estas guías se basan en actividades que promueven el entendimiento de la enfermedad, la pandemia y sus implicancias, así como la promoción de una vida saludable a través de hábitos y rutinas de alimentación, actividad física y consejos de autocuidado para adultos mayores, padres y cuidadores de menores de edad.

Frente al contagio de un familiar cercano, se han dispuesto guías específicas para su abordaje con niños que deben separarse de sus cuidadores. De la misma forma, se han habilitado líneas de ayuda remota estatales específicas según el perfil del miembro de la familia, a saber: *Salud Responde* para público general, *Fono Infancia* y *Apoyo para niños, niñas y adolescentes* para población infantojuvenil y *Fono Mayor* para población mayor de 60 años.

En el caso del fallecimiento de una persona por COVID-19, sus familiares se encuentran con una alteración de los ritos funerarios tradicionales, puesto que, con la pandemia, estos han sido normados y fiscalizados por las autoridades sanitarias, reduciendo el acceso al apoyo presencial de personas cercanas, dificultando un proceso de duelo normativo. Es por esto, que se ha puesto a disposición de la población, guías con orientaciones y recomendaciones para sobrellevar esta complicada situación.

Por una parte, la Mesa Social: Salud Mental y Bienestar Psicosocial, elaboró una guía de acompañamiento frente a duelos por COVID-19, donde se realizan recomendaciones para el desarrollo de un proceso de duelo adecuado a las familias del fallecido, una sección donde se entrega una guía para el duelo de niños y niñas y una sección con recomendaciones para el duelo en personal de salud. Además, el gobierno, en su plataforma *SaludableMente* puso a disposición una guía específica para abordar la muerte de un familiar en niños, niñas y adolescentes (Mesa Social: Salud mental y Bienestar Psicosocial, 2020)

Finalmente, en estas guías, se incentiva a la población a usar las líneas de atención remota ya mencionadas ante la necesidad de acompañamiento psicológico, orientación o contención emocional.

Además de estas recomendaciones generales, existe un Protocolo de apoyo y acompañamiento psicosocial en unidades de pacientes críticos y fallecimiento por COVID-19 que busca definir las acciones a implementar por equipos de salud para brindar acompañamiento psicosocial a pacientes en unidades críticas y sus familias, junto con los procedimientos de apoyo psicosocial y comunicación a familiares de personas fallecidas por COVID-19, y posterior acompañamiento al duelo. La guía entrega acciones específicas para la atención de enfermos y familias en proceso de duelo.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA INTEGRACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EXPERIENCIAS QUE YA HAYAN PODIDO SER EVALUADAS

Una de las principales dificultades para incorporar acciones de psicología de la salud, es el no reconocimiento y acreditación de las especialidades de psicología clínica y psicología de la salud como disciplinas en el campo sanitario. Como ya se ha mencionado, actualmente no existe una integración de psicólogos de la salud a la atención sanitaria, existiendo experiencias aisladas en algunos hospitales de tipo pediátrico u oncológico.

Más allá del cambio de comportamiento, la Psicología de la Salud tiene un papel en la comprensión de cómo las personas podrían responder y hacer frente a la amenaza de la pandemia y los cambios en sus vidas que se realizan en un esfuerzo por reducir esa amenaza. Se deben considerar los comportamientos pro-sociales, la comunicación de riesgo, la percepción del riesgo y los impactos del aislamiento. La importancia de una información clara y que la cuarentena voluntaria está asociada con menos angustia y menos complicaciones a largo plazo. Las Orientaciones en Comunicación del Riesgo para enfrentar la pandemia por COVID-19 de la Mesa Técnica para la Comunicación del Riesgo en la Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud busca brindar orientaciones en comunicación del riesgo para la autoridad sanitaria con foco en el desarrollo de actividades comunitarias de promoción y prevención en el contexto de la Pandemia COVID-19.

También es necesario comprender el posible impacto físico y psicosocial de COVID-19 en el personal de atención médica de primera línea. Parece probable que estos impactos sean significativos en el caso de COVID-19. A pesar de las similitudes con pandemias anteriores y una respuesta rápida de la comunidad científica para comprender COVID-19 y reducir su impacto en el país, todavía hay mucho que desconocemos, especialmente dadas las características novedosas de COVID-19.

Específicamente en el caso del COVID-19, el manejo de la pandemia, ha sido fundamentalmente epidemiológico y recién están incorporándose algunas medidas tendientes a tratar la salud mental, especialmente de los funcionarios del sistema de salud. No existe a la fecha experiencias que hayan sido evaluadas.

ESTRATÉGIAS O PROGRAMAS PARA EL PERÍODO POST PANDEMIA

El Programa *SaludableMente* corresponde a un Plan Integral de Bienestar y Salud Mental asociado a la pandemia y post pandemia COVID-19. A pesar de que se concentra en la acción inmediata y urgente de contención y orientación busca además diseñar e implementar acciones en la etapa de menor contagio. El programa consiste en dos componentes:

1. La conformación de una mesa de expertos que, en base a la oferta actual, propondrá acciones generales y específicas, que respondan a las necesidades en materia de salud mental de la población durante la pandemia y después de ella.

2. El fortalecimiento de la oferta, con una plataforma única que concentre toda la oferta actual de guías y orientaciones, de acuerdo a los perfiles de interés.

La Mesa de Salud Mental se espera que complemente el diagnóstico, recomiende orientaciones generales y específicas, con énfasis en aquellos grupos específicos en la población sobre los que se debe priorizar

las acciones, ya sea por mayor riesgo de afectación en su salud mental, o menor acceso a los servicios de atención.

De este modo, en el contexto de pandemia actual, inicialmente dentro del Plan *SaludableMente* se priorizarán cuatro líneas principales a expandir sus recursos en el año 2021, que están referidas hacia el refuerzo de los equipos de especialidad ambulatoria, la continuidad de Equipos de Psiquiatría de Enlace en los Hospitales de Alta Complejidad, implementación de Centros de Salud Mental Comunitaria y el refuerzo de las acciones de gestión en los Servicios de Salud para la implementación de las notificaciones obligatorias de los casos de intento de suicidio.

Estas iniciativas vienen a dar continuidad a lo que se ha solicitado en el año 2020, por cuatro meses y se espera que comiencen a operar en el segundo semestre del año 2020, por lo que se requiere mantener la continuidad de ellas para el año 2021, considerando la mayor demanda de requerimiento de los servicios de salud mental asociadas a los efectos posteriores a la pandemia y el confinamiento de la población. El desglose de la solicitud realizada en contexto de COVID-19 para el nivel de especialidad de salud mental es la siguiente:

a) Refuerzo de la Atención Ambulatoria de Especialidad Año 2020

b) Equipos de Psiquiatría de Enlace para reforzar atención cerrada y servicios de urgencias en el contexto COVID-19 Año 2020

Con el fin de evitar más hospitalizaciones y que las personas (niños, adolescentes, adultos y personas mayores) con trastornos mentales que presentan una condición de salud mental de gravedad, asociado a vulnerabilidad y complejidad, accedan oportunamente a atención de especialidad, se reforzará la atención abierta para brindar la atención y cuidados que requieren con la frecuencia e intensidad que brinda un equipo de especialidad, lo más cercano a su territorio.

El Centro de Salud Mental Comunitaria -o equipos ambulatorios en hospitales, de acuerdo con la realidad de cada territorio- es quien brinda esa atención, teniendo un rol estratégico en la articulación de la red y continuidad de cuidados, tanto con otros establecimientos de especialidad y APS, como con el intersector. Así, se debe potenciar su accionar para poder efectuar atención remota de usuarios, priorizando a personas con conducta suicida, con diagnóstico de Trastorno Mental Grave o Severo, aquellos que presenten otros problemas o trastornos de salud mental que el equipo considere en situación de riesgo y que requiere un seguimiento más intensivo, personas que se encuentren en un dispositivo residencial de la red de salud mental (hogar o residencia protegida) que se encuentren en control ambulatorio en el CSMC u otro dispositivo de especialidad de salud mental, personas inmunodeprimidas asociado al alcoholismo, entre otros.

El refuerzo de la atención ambulatoria en salud mental de especialidad para el año 2021 implica:

- Fortalecimiento de Profesionales y Técnicos para Equipos Ambulatorios de Especialidad en Salud Mental (Centros de Salud Mental, CRS-CAE y Hospitales de Día).
-
- Fortalecimiento de recursos para consultas remotas de salud mental para equipos ambulatorios de especialidad en gastos de arriendo de equipos de telefonía/planes de datos internet móvil.

Estos equipos reforzarán las atenciones presenciales y/o a distancia, según las condiciones de cada territorio y la situación epidemiológica en que se encuentren. Efectuarán tratamiento integral, con énfasis en intervención en crisis, trabajo con la familia y redes de apoyo. Para que la especialidad pueda funcionar adecuadamente, son fundamentales los resguardos administrativos que respaldan la atención remota, así como plataformas digitales institucionales. Ambos aspectos hoy en día no están presentes, lo cual es una de las estrategias fundamentales a fortalecer con la implementación del Plan Saludable-Mente.

REFUERZO DE LAS ACCIONES DE GESTIÓN PARA LAS NOTIFICACIONES OBLIGATORIAS DE INTENTOS DE SUICIDIO

Dentro de la implementación del Programa de Prevención del Suicidio desarrollado por el Ministerio de Salud, durante el año 2020 comienza a notificarse de manera obligatoria los intentos de suicidio por los establecimientos de salud. Al mismo tiempo, y producto de la iniciativa presidencial Saludable-Mente, se aumenta de manera significativa la cobertura de la estrategia de Hospital Digital generando un impacto en el número de casos con ideación e intento suicida que requerirán de seguimiento o monitoreo para resguardar la continuidad de cuidados.

Cabe mencionar que el suicidio está entre las primeras 5 causas de muerte prematura en Chile y es considerado por la OMS como un problema de salud pública prevenible, en la medida que se cuente con estrategias orientadas a la intervención oportuna y seguimiento de casos.

Por lo anterior, se incluye en forma prioritaria el fortalecimiento de la Red mediante psicólogos que puedan dar continuidad de atención de usuarios, reforzar las gestiones a nivel de direcciones de los Servicios de Salud, con un referente en esta temática para gestionar los casos detectados por diferentes fuentes (incluye Salud Responde, SEREMI, etc.), articular la red sectorial y promover el seguimiento y derivación asistida a los equipos clínicos de las personas que han presentado situaciones asociadas al suicidio. Asimismo, establecer las coordinaciones intersectoriales necesarias.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DERIVADOS DE LA EPIDEMIA

Existen diversos grupos organizados, fundamentalmente desde las universidades, que están abordando distintos aspectos de la pandemia en Chile. Se han podido identificar los siguientes grupos con investigaciones específicas en COVID-19, sin embargo, es altamente posible que existan muchos más que los pesquisados.

1) Salud mental en población LGTBIQ+. Coordina: Dr. Jaime Barrientos. Universidad Alberto Hurtado

2) Población Migrante. Coordina: Dra. Báltica Cabieses, Universidad del Desarrollo

3) Salud mental en funcionarios de salud. Coordina: Dr. Alfonso Urzúa, Universidad Católica del Norte

4) Salud mental en funcionarios de salud: Coordina: Dr. Raul Alvarado. Universidad de Chile

5) Conductas de riesgo. Coordina: Dr. Pablo Vera. Analysis I+D.

6) Instituto Milenio para el Estudio de la Depresión – MIDAP. Bajo su alero están los siguientes proyectos:

- Experiencia de parentalidad con hijos/as pequeños/as y por nacer durante el Coronavirus (COVID-19)

- Efecto del confinamiento en el contexto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental y recursos psicológicos de afrontamiento de estudiantes de educación superior

- Psicoterapia durante la Cuarentena

- Efectos Psicológicos de la Cuarentena

- Impacto del aislamiento social en la salud mental

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Escuela de Salud Pública. ESP. Universidad de Chile (2020). Informe COVID 19. Recuperado de: <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/164925/informe-COVID-19-chile-al-05072020-decimo-primer-reporte>

Fondo Nacional de Salud. FONASA. Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/conoce-fonasa>

Mesa Social: Salud mental y Bienestar Psicosocial (2020). Recomendaciones y guías de acompañamiento frente a duelos por COVID 19.

Mesa Técnica de Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres (2020). Consideraciones de salud mental y apoyo psicosocial durante COVID 19 Versión 2.0. Recuperado de <https://degreyd.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/Consideraciones-de-Salud-Mental-y-apoyo-Psicosocial-durante-COVID-19-versi%C3%B3n-2.0-1.pdf>

Mesa Técnica de Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres, y Red Nacional de Líneas de Atención no presencial (2020). Catastro de líneas de ayuda remota en salud mental. Recuperado de <https://psiconecta-web.s3.amazonaws.com/Boleti%C3%81n-2-Catastro-li%C3%81neas-de-ayuda-SMAPS-COVID19-versio%C3%81n-final-08.06.2020.pdf>

Ministerio de Salud. (2015). Salud Mental en la Atención Primaria de Salud: Orientaciones dirigidas a los equipos de salud. Subsecretaría de redes asistenciales. División de Atención Primaria. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/016.Salud-Mental.pdf>

Ministerio de Salud. (2018a). Modelo de Gestión Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud. Subsecretaría de redes asistenciales. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf

Ministerio de Salud (2018b). Compromisos de gestión - COMGES 9.1, enero a diciembre. División de Gestión de Redes Asistenciales. Unidad de Salud Mental

Ministerio de Salud (2020). Minsal.cl. Casos confirmados en Chile. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/casos-confirmados-en-chile-COVID-19/>

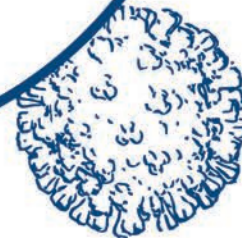
Ministerio de Salud. (2020). Catastro de líneas de ayuda remota en Salud Mental y Apoyo Psicosocial. Segundo Boletín. Mesa Técnica de Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres. <https://degreyd.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/Bolet%C3%ADn-2-Catastro-l%C3%ADneas-de-ayuda-SMAPS-COVID19-versi%C3%B3n-final-08.06.2020.pdf>

Ministerio de Salud (2020a). Minsal.cl. Santiago de Chile: *Gobierno lanza programa para apoyar la salud mental en Chile durante la pandemia*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/gobierno-lanza-programa-para-apoyar-la-salud-mental-en-chile-durante-la-pandemia/>

Ministerio de Salud (2020b). Minsal.cl. Saludablemente. Recuperado de: <https://www.gob.cl/saludablemente/>

Ministerio de Salud (2020). Minsal.cl. Residencias sanitarias. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/residencias-sanitarias/>

Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. Cómo funciona el sistema de salud en Chile. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-17328.html#:~:text=El%20sistema%20de%20salud%20chileno,ISA-PRE%2C%20Instituciones%20de%20Salud%20Previsional.>



CAPÍTULO III. LA PANDEMIA EN COLOMBIA. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES ESPECÍFICOS E INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS RECOMENDADAS EN PERIODOS PANDEMIA Y POSTPANDEMIA

CONSTANZA LONDOÑO PÉREZ

Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Vicepresidenta de ALAPSA para el área andina

CESAR ANDRÉS GÓMEZ-ACOSTA

Sanitas Fundación Universitaria

MERY LUZ MARCIALES

Centro de Investigación Psico-jurídico Contable

ANGELA MARÍA OROZCO-GOMÉZ

Universidad El Bosque, Bogotá

XIMENA PALACIOS-ESPINOSA

Universidad del Rosario

ANDRÉS MAURICIO SANTACOLOMA

Universidad Católica de Colombia, Bogotá

El brote de la enfermedad causado por el coronavirus SarsCov2, ha dado lugar a la pandemia global más reciente en el mundo actual (Singhal, 2020). Esta fue declarada inicialmente por la Organización Mundial de la Salud [OMS] como una emergencia de salud pública de carácter internacional y, tras una evaluación del alcance de su expansión, como pandemia el 11 de marzo de 2020 (Organización Panamericana de la Salud [OPS] & Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020; Serna, 2020).

Las pandemias generalmente son el resultado de la infección debida a agentes patógenos como virus y bacterias nuevos, que se transmiten fácilmente en un conglomerado de personas que, a su vez, carecen de agentes inmunes para su eliminación, situación que es favorecida por vivir agrupados en grandes colectivos y por viajar grandes distancias, incluso intercontinentales (Qiu et al., 2017).

Estas enfermedades altamente contagiosas afectan seriamente la salud, generan secuelas y lesiones graves que pueden potenciar altos índices de mortalidad (Henao-Kaffure, 2010; Saavedra Trujillo, 2020). Por ejemplo, el número de contagios por la COVID-19 ascienden actualmente a más de 5,4 millones de casos (OMS, 2020), cifra que va en aumento día a día, y produce un alto índice de muertes (50,000) en el mundo (Instituto Nacional de Salud [INS], 2020).

A diferencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana [VIH], el SarsCov-2 infecta al organismo humano ya que causa una rápida progresión que puede cursar en un rango que va desde completamente asintomático hasta la expresión de un cuadro clínico agudo con síntomas leves a graves que incluyen principalmente fiebre, tos, dificultad para respirar y fatiga (que pueden conducir rápidamente a una neumonía), con algunos reportes menos consistentes de producción de esputo, dolor de cabeza y diarrea (Jiang et al., 2020; Saavedra Trujillo, 2020).

Desde una perspectiva psicológica, las pandemias han sido responsables de notables cambios comportamentales en el ser humano. De este modo, la pandemia causada por el VIH, derivó en numerosos programas fundamentados en la Psicología de la Salud (que para entonces apenas emergía y se fortalecía en el

mundo) para la modificación de la conducta, dirigidos tanto a prevenir el contagio como a favorecer la adherencia a los procesos terapéuticos y a la mitigación del daño asociado (Morrison & Bennett, 2013; Varela Arévalo et al., 2009).

Históricamente, la rápida transmisión e incontrolable propagación de agentes patógenos causantes de las pandemias han obligado al distanciamiento físico (Baum et al., 2009; Greer, 2013; Uscher-Pines et al., 2020) y al aislamiento social como medidas de protección (Rashid et al., 2015), lo que impacta en el estado físico, psicológico y social de las personas (Piña-Ferrer, 2020). De hecho, datos que preceden a esta pandemia por COVID-19 muestran la presencia de fobias (Loiacono, 2015); temor por la cercanía del otro (van Lent et al., 2017); miedo (van Lent et al., 2017); discriminación (Mawar et al., 2005; Price-Smith, 2009); estigmatización (Barrett & Brown, 2008; Mawar et al., 2005); segregación (Pellowski et al., 2013), entre otros.

La pandemia actual no es una excepción ya que la necesidad de distanciamiento social ha dado lugar a importantes periodos de aislamiento obligatorio en diversos países del mundo (Garfin et al., 2020; Organización de Estados Americanos [OEA] & Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CI-CAD], 2020), lo que a su vez ha incrementado la violencia intrafamiliar (Marques et al., 2020; Mayor Walton et al., 2019; Organización de Naciones Unidas [ONU], 2020); la violencia y el acoso sexual (ONU, 2020); el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y de alcohol (Campbell, 2020), así como la agudización de problemas de salud mental premórbidos como ansiedad, depresión y suicidio, entre otros (Rodríguez Cahill, 2020; Zhang et al., 2020).

Así mismo, esta crisis sanitaria, humana y económica (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2020) precipitada por la pandemia, ha desencadenado un estado de emergencia social (OMS, 2020) con compromiso de diversos contextos: familiar, en específico en la economía y el confinamiento de adultos mayores por representar una población de alto riesgo de morbimortalidad (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), 2020; Saavedra Trujillo, 2020); comercial (Organización Internacional del Trabajo [OIT],

2020); educativo y hospitalario, específicamente entre los profesionales de la salud con mayor riesgo de contraer y transmitir la enfermedad (Saavedra Trujillo, 2020). Muestra de ello son los hallazgos del reciente estudio realizado con 1,210 profesionales de la salud de 194 ciudades diferentes de China, se encontró que: 75.2 % refirieron sentirse preocupados por la posibilidad de contagio de algún miembro de la familia; 53.8 % presentaron impacto psicológico moderado a severo; 28.8 % síntomas de ansiedad; 16.5 % síntomas depresivos y 8.1 % niveles de estrés moderado a severo (Huang et al., 2020).

PANDEMIA EN COLOMBIA

Desde la Psicología de la Salud se ha identificado que el afrontamiento de la pandemia actual por COVID-19 ha suscitado respuestas psicológicas poco funcionales (Mucci et al., 2020; Poli et al., 2020) especialmente en las personas enfermas y sus familias (Morris et al., 2020), los miembros del equipo de salud tratante (Chatterjee et al., 2020; Lai et al., 2020) y la población en general, como estrés (Burtscher et al., 2020; Shen et al., 2020; Yuan et al., 2020); estrés traumático (Horesh & Brown, 2020); estrés postraumático (Rodríguez Cahill, 2020; Zhang et al., 2020); incertidumbre (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Zhang et al., 2020); ansiedad y depresión (Edmond Pui Hang Choi et al., 2020; Erkasap et al., 2020; Huang et al., 2020; Juhong Zhu et al., 2020; Peteet, 2020; Roy et al., 2020; Sahoo et al., 2020; Yulan Lin et al., 2020); percepción de inseguridad y desesperanza (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Zhang et al., 2020); xenofobia (Mamun & Griffiths, 2020); segregación (Pellowski et al., 2013; L. E. Wee et al., 2020); recaídas de trastornos mentales premórbidos (Mehra et al., 2020); suicidio (Mamun & Griffiths, 2020) y otros problemas de salud mental (Imran et al., 2020); miedo (Harper et al., 2020; Ornell et al., 2020; Porcelli, 2020; Pozza et al., 2020; Schimmenti et al., 2020; Troisi, 2020); miedo a la proximidad (Casale & Flett, 2020); procesos de duelo (Araujo Hernández et al., 2020; Breen, 2020; Mayland et al., 2020; Wallace et al., 2020) caracterizados por las restricciones de acompañar en su muerte al ser querido y que se tornan en duelos complicados o prolongados (Eisma et al., 2020) y toma de decisiones al final de la vida (Curtis et al., 2020), entre otras.

Como ha sucedido en todas las pandemias, y a pesar de este momento histórico caracterizado por grandes avances científicos en áreas como la genética y la medicina, el conocimiento disponible sobre el virus SarsCov-2 y su tratamiento es escaso. Por lo tanto, las únicas medidas conocidas para controlarlo son de tipo comportamental (Weston et al., 2018): uso de mascarillas o tapabocas (Feng et al., 2020), lavado de manos y distanciamiento social (Lazcano-Ponce & Alpuche-Aranda, 2020; Qian & Jiang, 2020), este último por mínimo 14 días, que corresponden al periodo mínimo de presencia de los síntomas y mayor probabilidad de contagio de las personas que tengan contacto con el infectado (Lauer et al., 2020). Se trata de tres conductas que requieren de entrenamiento específico y, en especial, de la incorporación de nuevos hábitos al repertorio comportamental de las personas.

Todas estas reacciones previamente descritas requieren, sin lugar a dudas, del ajuste y la adaptación de los seres humanos para aprender a convivir con esta realidad y esta enfermedad (Di Giuseppe et al., 2020; Marazziti, 2020; Orrù et al., 2020; Polizzi et al., 2020; Wu et al., 2020; Zhai & Du, 2020), pero por ahora, las personas no dejan de percibir la COVID-19 como una amenaza, tanto individual como colectiva (Dryhurst et al., 2020; Holmes et al., 2020). La percepción de riesgo frente al contagio con COVID-19 es predecible, con algunas diferencias en el peso predictivo de acuerdo con la nacionalidad, por variables como la experiencia directa, el conocimiento personal, el conocimiento social, la amplificación social de la información, la conducta prosocial, el punto de vista individualista, la confianza (en el gobierno local, en la ciencia y en los profesionales médicos), la eficacia tanto personal como colectiva y la ideología política (Dryhurst et al., 2020).

Cuando la percepción de riesgo no es alta, se convierte en un factor para que las personas sean menos consistentes con el desarrollo de las conductas protectoras ya referidas (Wise et al., 2020). Además, su presencia puede favorecer el desarrollo de acciones preventivas, incluso ante una posible segunda ola de infección (Holmes et al., 2020) y también puede ser contraproducente, en la medida en que incrementa la ansiedad ante el contagio, la disminución del sentido de coherencia consigo mismo, y la tendencia a realizar comportamientos evitativos u obsesivo – compulsivos extremos y disfuncionales para otros ámbitos de la vida cotidiana de las personas (Presti et al., 2020). También es importante enfatizar que, como medida de

protección al contagio, las personas dejaron de realizar actividades indispensables para su bienestar psicológico, como estrechar la mano, visitar familiares y amigos o ir físicamente al trabajo (Castellanos, 2020). Los anteriores aspectos psicológicos asociados al impacto generado por la COVID-19 en la salud mental de las personas (Cullen et al., 2020; Gomez-Marin et al., 2020; Khan et al., 2020) reflejan la importancia de contribuir al bienestar psicológico a través del diseño de programas de intervención psicológica derivados de la investigación y basados en la evidencia científica, como programas de entrenamiento en autocontrol emocional, gestión de las emociones, manejo de los pensamientos irracionales, habilidades sociales (interacción social, resolución de problemas), estrategias de afrontamiento (Caballo, 1991, 1998a, 1998b) y psicoeducativos que contribuyan al desarrollo de hábitos, estilos de vida saludables y fortalecimiento de nuevas habilidades adaptativas. Todas estas estrategias deben desarrollarse en alianza con el sistema de salud, de manera interdisciplinaria e intersectorial (Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD], 2020), con amplia inversión de recursos para la educación en hábitos saludables, higiene, medicación y prevención (Instituto Nacional de Salud (INS), 2020; Lasa et al., 2020; OMS, 2020; OPS & OMS, 2020; Saavedra Trujillo, 2020).

SALUD MENTAL Y COVID-19 EN COLOMBIA

Las publicaciones dirigidas a explorar los efectos sobre la salud mental de la pandemia por COVID-19 en población colombiana, son aún escasos, incluso cabe anotar que Colombia es un país de bajos ingresos, en vías de desarrollo, lo que implica que, de base, las condiciones de salud de la población sean precarias.

En este país, el sistema de seguridad social en salud se encuentra en crisis desde hace varios años y este es un hecho que alertó a los colombianos y a sus autoridades gubernamentales frente al afrontamiento de esta pandemia. El COVID-19 es una enfermedad que, por su curso natural, supone disponer de un sistema de salud sólido y robusto para responder a las altas demandas que su transmisibilidad y mortalidad (DANE, 2020; Montes-Arcón & Campo-Arias, 2020) pueden imponer al sistema de salud. A la fecha (junio 2020),

Colombia tiene más de 465 mil casos confirmados de COVID-19, con un promedio aproximado de 80 mil casos recuperados y más de 15 mil fallecidos (Ospina-Martínez et al., 2020). Ciertamente se han tomado medidas diversas en Colombia para poder hacer frente a esta pandemia (Ospina-Martínez et al., 2020) y se han creado instructivos y protocolos para la vigilancia y control del virus (Instituto Nacional de Salud (INS) & MinSalud, 2020).

Además, las medidas universales que dictan el confinamiento y parálisis de los entornos y actividades productivas, por lo menos temporales, precipitaron crisis socioeconómicas prematuras y de alto impacto para la población de un país sumergido en la economía de la escasez, con 15.5 % de la población nacional en condición de pobreza, aumento del desempleo de larga duración (12.4 %) y carencia de vinculación al sistema de seguridad en salud (11.3 %) en 2019 (Rodríguez, 2020), a pesar de que la más reciente clasificación del Banco Mundial lo considere como un país de ingresos medios altos (The World Bank Group, s/f). En este panorama, los efectos de la pandemia empezaron a hacer presencia en Colombia en todos los sectores (social, político, económico, individual, etc.); así que su impacto sobre la salud mental de los colombianos no se hizo esperar: altas cargas de trabajo para quienes lo pudieron conservar, con el latente temor de perderlo por la fragilidad del sistema económico del país; estrés; ajuste psicológico inmediato y de alto costo para continuar garantizando la educación en el país; miedo por la alta mortalidad que han dado lugar a la emergencia de teorías conspirativas que promueven evitación y negación como mecanismos de afrontamiento y la discriminación y estigmatización de los profesionales de la salud (Montes-Arcón & Campo-Arias, 2020); miedo (Álvarez et al., 2020, p. 19) y agotamiento de los profesionales de la salud, especialmente de aquellos que se encuentran en primera línea de atención (Montes-Arcón & Campo-Arias, 2020), entre otros.

La experiencia de un médico que desarrolla su servicio social obligatorio en un pequeño municipio de los más de mil que tiene Colombia, indica que la escasez de recursos, la precariedad de las condiciones para atender a los pacientes, la falta de insumos para protegerse y proteger a otros, las extenuantes y prolongadas jornadas de trabajo y los bajos salarios que se demoran en llegar, son factores altamente estresantes y

afectan la atención brindada a los pacientes (COVID y no COVID), pero también su propia salud mental. La ausencia de psicólogos en los municipios obliga a que los primeros auxilios psicológicos y la atención de las respuestas emocionales de los pacientes, de ellos mismos y de sus colegas y compañeros de trabajo, recaigan en los médicos generales (Montes-Arcón & Campo-Arias, 2020).

La mortalidad por el virus ha obligado a que los profesionales de la salud y los pacientes se ajusten a tener que vivir los duelos de manera diferente, evitándose los rituales fúnebres dado que suelen implicar la alta confluencia de personas en un mismo espacio. Este tipo de restricciones, comprensibles desde la perspectiva de la salud pública, pueden acarrear consecuencias negativas en el proceso de duelo y constituirse en factor de riesgo para el desarrollo de duelos complicados, depresión, trastornos de ansiedad. Incluso antes de la muerte, las restricciones de acceso para acompañar al ser querido que se encuentra en agonía, pueden desencadenar este tipo de alteraciones de la salud mental en los dolientes. Es recomendable que ellos tengan siempre acceso al apoyo psicológico experto, en este caso a través de la tele-psicología (Larrotta-Castillo et al., 2020).

Los gastroenterólogos han sido otro grupo de profesionales de la medicina que han debido afrontar el temor de continuar o retomar sus labores, específicamente en lo referente al desarrollo de endoscopias por la exposición al virus que para ellos supone. Además, este grupo de profesionales teme que la angustia de la población general a consultar por el posible contagio por COVID-19, afecte la detección precoz de cáncer de vías digestivas. Los gastroenterólogos resaltan la necesidad de las estrategias de autocuidado físico y emocional como inmunógenos conductuales y recomiendan mantener la empatía, la solidaridad y trabajar en equipo; protegerse; expresar emociones y necesidades; practicar el autocuidado físico y emocional; y reconocer que la pandemia tiene implicaciones emocionales tales como la incertidumbre relacionada con el tiempo que durará y el requerido para encontrar una vacuna efectiva (Álvarez et al., 2020).

Un estudio de caso de una mujer, profesional de la salud colombiana, confirma el miedo y la incertidumbre relacionados con la exposición al riesgo; sentimientos de angustia, soledad, expectativa y preocupación; el

estrés por el conocimiento médico sobre la infección por COVID-19 y por la exposición continua a noticias sobre esta; la necesidad de sentirse acompañada por amigos y familiares para adaptarse a la cuarentena y la relevancia de los vínculos afectivos y la comunicación permanente con la familia (Vélez-Álvarez et al., 2020).

Otro efecto de la pandemia sobre la salud mental de los colombianos ha sido descrito en torno a los niños con diagnósticos de trastorno mental (por ejemplo: trastornos del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, discapacidad cognitiva). La llegada de la pandemia a Colombia obligó a la suspensión de los procesos terapéuticos que estaban llevando, observándose impacto negativo en el área emocional, área comportamental, sueño, alteración de rutinas y dinámicas familiares (Chacón-Lizarazo & Esquivel-Nuñez, 2020).

El sector de la educación, ampliamente impactado por la pandemia actual, también ha visto las consecuencias de los cambios y desafíos en la salud mental de sus profesores y estudiantes. Numerosos ajustes se dieron en este sector de manera aguda en el curso de unos pocos días tras decretada la llegada del virus a Colombia. La educación médica, por ejemplo, caracterizada por una exigente presencialidad para el desarrollo de competencias y habilidades, fue uno de los sectores notoriamente afectados.

Apenas algunos, de los innumerables y exitosos esfuerzos realizados en el país, han sido publicados. Es el caso del programa de educación quirúrgica virtual que busca mantener la integridad de la capacitación en esta área de la medicina y a la vez proteger a los residentes de cirugía y asegurar la fuerza laboral crítica de segunda línea del sistema de seguridad social en salud colombiano. Este programa insiste en la necesidad de capacitar a este grupo de estudiantes en el uso adecuado del equipo de protección personal completo y del distanciamiento social. Además, insiste en la vigilancia continua de la salud física y mental de estos estudiantes. Esto implica desarrollar en ellos estrategias para compensar la exposición a largas jornadas de trabajo, a frecuentes situaciones de estrés, ansiedad y eventuales traumas (Cabrera et al., 2020).

Los profesores son una población ampliamente afectada por la sobrecarga laboral en el marco de la pandemia en Colombia. Se ha notificado entre ellos la presencia de síndrome de agotamiento profesional debido al alto estrés que supone haber migrado de la presencialidad a la virtualidad sin haber tenido experiencias previas en esta modalidad; la alta demanda de los estudiantes y los procesos afectivos propios. En la actualidad se ha propuesto una ruta de atención psicosocial para esta población (Mejía Serrano et al., 2020), pero aún no es una condición formalizada en Colombia.

La sobrecarga de trabajo, previamente enunciada como una de las consecuencias por los ajustes requeridos en ambiente laboral tras la llegada de la pandemia a Colombia, es un factor que, al sumarse al estrés del confinamiento, ha precipitado mayor ausentismo laboral por incapacidades. La posibilidad del trabajo en casa superpuso los entornos familiar y laboral, desencadenando estrés, depresión y ansiedad asociados con interminables jornadas laborales y alta exigencia en el cumplimiento de metas (Vargas & Jairo, 2020).

Todo lo anterior pone en evidencia el alto impacto emocional de la pandemia en la sociedad colombiana. Es pertinente resaltar que ya hubo reporte de un caso de suicidio en nuestro país, igual que ha sucedido en otros lugares del mundo, asociado con las consecuencias de la pandemia, pues dificultades económicas, desempleo y desigualdades económicas estuvieron vinculados como factores de riesgo. Estas son condiciones propias de la vida de los colombianos y estar aislados se suma al riesgo. Es necesario mitigar los efectos de la pandemia sobre la salud mental de los colombianos a través de los sistemas de vigilancia, el combate de las falsas noticias, la educación sobre la salud mental y de servicios de atención para la salud mental ajustados a las necesidades culturales de la población (Gonzalez-Diaz et al., 2020).

En este país, varias entidades han elaborado y puesto en funcionamiento estrategias para manejar los efectos psicológicos de la pandemia por COVID-19. Es el caso del Colegio Colombiano de Psicología que ha puesto a disposición de la comunidad un servicio de atención psicológica a través de tele-psicología (*COLPSIC - Colegio Colombiano de Psicólogos, s/f*); de la Asociación Colombiana de Facultades de

Medicina (ASCOFAME) que ha creado un portal virtual para cuidadores de pacientes con COVID-19, en el que participaron diversos profesionales de la salud, entre ellos de la salud mental (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina [ASCOFAME], 2020); de la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (ASCOFAPSI) que lanzó recientemente el libro: *Psicología en contextos de COVID-19, desafíos post-cuarentena en Colombia* (ASCOFAPSI, 2020). Todos los esfuerzos son pocos para apoyar la salud mental de los colombianos en este tiempo de pandemia y, por supuesto, de aquellos que representarán la post-pandemia. En acuerdo con Arias & Pérez (2020), es necesario atender especialmente a la poblaciones altamente vulnerables pues es esperable que se acentúen con la pandemia las dificultades previas y se requiera atención psicológica efectiva y urgente para ellas.

Ante la avalancha de información generada por la pandemia, acerca de las repercusiones psicológicas y las estrategias para mitigarlas, no siempre de fuentes autorizadas, se considera oportuno realizar una revisión sistemática que permita identificar cuáles poseen validez científicas, con vistas a tomarlas en cuenta para la toma de decisiones. A continuación se presenta la metodología utilizada para la revisión y los principales resultados.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Por tanto, es importante preguntarse, ¿cuáles son los principales problemas salud mental derivados de la pandemia, qué labores de acompañamiento psicológico post-pandemia cuentan con validez científica?

MÉTODO

El presente estudio es una revisión sistemática analítica de tipo narrativo ya que no todos los estudios reportan datos estadísticos procesables.

MUESTRA

Se incluyeron investigaciones publicadas en inglés o español, que pretendan identificar y describir los problemas psicosociales post-pandemia, y guías de intervención desarrolladas por entes nacionales e internacionales reconocidos, meta-análisis y revisiones sistemáticas, tal como lo proponen Vidal, Oramas y Borroto (2015).

CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS DE BÚSQUEDA:

Primera búsqueda: Estudios publicados entre 2010 a mayo de 2020 que identifiquen problemas de salud mental surgidos en periodos posteriores a pandemias registradas en los últimos 10 años; dicha búsqueda se hará en bases de datos como PubMed, ProQuest Central, MEDLINE, Trip Data base y Science Direct; se utilizarán los siguientes términos de búsqueda: "Pandemics" AND "SARS Virus" OR "Influenza, Human" OR "Influenza A Virus, H5N1 Subtype" OR "Influenza A Virus, H1N1 Subtype" OR "Ebola virus" OR "Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus" OR "Zika Virus Infection" OR "COVID-19" AND "Mental Disorders" AND "epidemiological studies" AND "adults" NOT "Child" NOT "Adolescent". Los tipos de estudio incluidos fueron: descriptivos epidemiológicos realizados durante la pandemia o próximos al cierre de acuerdo con las fechas de desarrollo.

La Muestra final quedó conformada por 35 artículos seleccionados con poblaciones entre 263 y 10,764 participantes, entre los cuales el 64 % describía la salud de la población general, el 29 % personal de salud, el 3 % pacientes psiquiátricos y correspondientemente el 2 % de centros de salud y trabajadores. El 75 % eran estudios descriptivos, el 16 % revisiones sistemáticas narrativas o tipo meta-análisis, el 14 % longitudinales y el 3 % comparativos.

Segunda búsqueda: Guías de intervención psicológica derivadas de investigaciones científicas publicados entre 2010 y 2020 en las páginas oficiales de entidades gubernamentales y asesoras de gobiernos nacionales

e internacionales. Dicha búsqueda se hará en bases de datos con las palabras clave identificadas a partir de la primera búsqueda.

Todos los documentos se procesan de forma inicial para definir la muestra final que serán analizadas a profundidad para la inclusión de los documentos que cumplan con los criterios establecidos.

INSTRUMENTOS

El registro documental de la primera búsqueda incluye datos: referencia, resumen y problemas psicosociales o de salud mental; el de la segunda búsqueda incluye datos acerca de técnicas y estrategias de intervención que cuentan con evidencia científica acerca de su efectividad (tamaño del efecto o valoración de calidad metodológica).

Ajustar el análisis a realizar: una sesión de Angoff modificado para calificación realizada por 6 jueces de análisis de cumplimiento de criterios de selección.

PROCEDIMIENTO

1. Búsqueda del material científico (estudios y guías) de acuerdo con los criterios establecidos.

2. Revisión de documentos identificados: los investigadores identifican títulos y resúmenes que cumplen con los criterios previamente definidos, los califican y determinan la inclusión de documentos a texto completo, para llegar a la segunda fase de filtro y selección preliminar. Cada documento encontrado que pase los filtros de búsqueda es considerado como un documento válido y pertinente para el presente estudio, y se extraen los datos de análisis básico propio de los documentos.

3. Una vez confirmada la muestra documental, se procede a identificar problemas de salud mental que han sido asociados a periodos de pandemia y establecer los criterios de búsqueda de intervenciones basadas en evidencia con el fin de identificar las principales labores de acompañamiento psicológicos con validez científica. Para hacer la evaluación de la calidad metodológica de los estudios y documentos se usa el método Angoff y una calificación cualitativa de calidad metodológica que determina qué documentos cumplen las condiciones de inclusión antes mencionadas.

4. Posteriormente, y una vez organizada la información, se hace el análisis de revisión sistemática narrativa que permitió la consolidación narrativa y estadística básica de los resultados, tanto de los problemas de salud mental como de las estrategias de intervención efectivas con evidencia científica. Tanto las fortalezas y recomendaciones de los documentos, serán discutidos por el equipo de investigación para ser incluidos, siempre bajo la lente de la mejor evidencia científica posible.

RESULTADOS

Los estudios incluidos en la fase 1, fueron realizados principalmente en población del continente asiático: el 58 % China (15); el 25 % en Europa: Italia (6) y España (3), el 9 % en Estados Unidos, el 8 % en Oceanía y en igual medida en un país de Asia/Europa.

Los principales problemas de salud mental que fueron reportados en los diversos estudios analizados, fueron Trastornos de Ansiedad (74 % de los estudios), Depresión (57 %), Estrés (46 %) y diversos síntomas como ira, tristeza, sensación de malestar, preocupación e incertidumbre por pandemia, baja calidad de sueño, insomnio, afectividad negativa y desapego. Casi la totalidad de los estudios indican que estos problemas de salud mental afectan a la población en general y en especial a los profesionales de salud (Tabla 1).

PROBLEMA DE SALUD MENTAL	No. ESTUDIOS	%	POBLACIÓN AFECTADA		
			General	Personal Salud	Otros
ANSIEDAD	26	74			
Ansiedad específica no pandémica	20		12	7	1
Ansiedad generalizada	3		2	1	
Ansiedad pandémica	3		2	1	
DEPRESIÓN	20	57	9	10	1
ESTRÉS	16	46			
Estrés general	6		2	3	1
Estrés Postraumático	6		5	1	
Angustia psicológica (distress)	4		3	1	
DIVERSOS SÍNTOMAS	11	31	10	2	1

Tabla 1. Problemas de salud mental relacionados con el periodo de la pandemia.

INTERVENCIONES Y ACCIONES EN SALUD RECOMENDADAS PARA ATENDER LA PANDEMIA Y LA POST PANDEMIA

El proceso de búsqueda permitió identificar 80 y elegir 13 documentos, entre los que están 9 guías de atención, 2 revisiones sistemáticas y 2 revisiones narrativas realizadas, publicadas hasta mayo de 2020, documentos que fueron calificados por su alta calidad, fuente de generación y medio de publicación.

NÚMERO DE DOCUMENTOS REVISADOS

80 DOCUMENTOS ENCONTRADOS EN BUSQUEDA INICIAL

15 DOCUMENTOS PRE-SELECCIONADOS

13 DOCUMENTOS SELECCIONADOS

9 Guías de Atención

2 Revisiones Sistemáticas

2 Revisiones Narrativas

Figura 2. Proceso selección documentos de reporte de intervención con evidencia científica.

Entre las principales metas de intervención y acciones de pandemia y post pandemia se encuentran acciones dirigidas al incremento de la salud mental y el cuidado del bienestar del personal sanitario, reducción de la sensación permanente de aislamiento, el manejo de estrés y fomentar el ajuste de las personas a las condiciones post pandemia derivadas de los cambios en el estilo de vida debido que se dan a partir de las nuevas condiciones de vida, tal como se describen en la Tabla 2.

PROBLEMA	METAS INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS	DOCUMENTOS
Manejo general de problemas de salud mental para facilitar la adaptación.	Fortalecer acciones de promoción de conducta pro-social y control emocional.	- Creación de redes de apoyo que promuevan la recuperación del intercambio y la conexión social en y por salud.	- 8 guías - 3 revisiones sistematicas

PROBLEMA	METAS INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS	DOCUMENTOS
Manejo general de problemas de salud mental para facilitar la adaptación.	Fortalecer acciones de promoción de conducta pro-social y control emocional.	<ul style="list-style-type: none"> - Creación y mantenimiento de espacios directos y virtuales para interactuar (creación de red social, uso de medios de intercambio social como teléfonos, internet y cable entre otros). - Psicoeducación respecto a pandemia, postpandemia y su efecto de estrés para normalizar las respuestas emocionales generadas ante nuevas situaciones que se afrontan. - Promoción de la realización de actividades de manejo de las emociones y la retoma del intercambio social postpandemia. - Guías de acciones que facilitan la adaptación a la situación post pandémica y promueven el uso efectivo de servicios de asesoría y consejería en vivo y online. 	<ul style="list-style-type: none"> - 8 guías - 3 revisiones sistematicas
	Normalizar sensaciones y sentimientos generados por la pandemia y que se mantienen en la postpandemia	<ul style="list-style-type: none"> -Programación de actividades de fomento de la realización actividad física. - Entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática y relajación. -Mantenimiento de apoyo social y psicológico para promover la expresión de sentimientos y emociones entre todos los que trabajan juntos es una forma de ayudarse. 	<ul style="list-style-type: none"> - 6 guías - 2 revisiones sistematicas - 1 revisión narrativa

PROBLEMA	METAS INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS	DOCUMENTOS
Manejo general de problemas de salud mental para facilitar la adaptación.	Normalizar sensaciones y sentimientos generados por la pandemia y que se mantienen en la postpandemia	<ul style="list-style-type: none"> - Difusión de técnicas de manejo del estrés y bienestar emocional como relajación progresiva y Mindfulness. - Difusión de estrategias para pedir ayuda a tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> - 6 guías - 2 revisiones sistematicas - 1 revisión narrativa
	Incrementar la sensación de control.	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo y difusión de conocimiento acerca de los servicios postpandemia disponibles para facilitar y promover su uso en forma simple. Entre ellos videos, medios de comunicación y escritos, que presentan información honesta, abierta y franca. - Desarrollo de guías actualizadas y breves. - Difusión sistema de salud y condiciones de acceso. 	<ul style="list-style-type: none"> - 5 guías - 1 revisión sistematica
	Aumentar la cobertura de las acciones de acompañamiento e Intervención dirigidas a recuperar la sensación de seguridad.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicativos de internet dirigidos a aumentar el alcance, cobertura y acceso de acciones de apoyo, además de que sirve como complemento a las acciones de intervención. Incluye temas como: relajación y Mindfulness, abrazo de la mariposa, seguridad personal y autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 revisiones sistematicas

PROBLEMA	METAS INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS	DOCUMENTOS
Manejo general de problemas de salud mental para facilitar la adaptación del personal de salud.	Incrementar del bienestar mental y cuidado del personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Atención especial a equipo de salud y generar entrenamiento en comunicación asertiva y eficiente del personal en salud. - Creación de espacios de intercambio no laboral entre diversos profesionales de la salud. - Realización de acciones dirigidas a fomentar el soporte social entre compañeros y equipos de trabajo. - Entrenamiento en control emocional. - Promoción del autocuidado, el cuidado en equipo, familiares y amigos. - Entrenamiento en autocuidado de salud mental y normalización de la reacción emocional ante la pandemia, con especial atención a personal de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - 8 guías - 2 revisiones sistematicas - 2 revisiones narrativas
Ansiedad y estrés	Ofrecer apoyo a grupos de personas emocionalmente afectados.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento a profesionales en técnicas básicas de primeros auxilios psicológicos y otros aspectos de manejo profesional de grupos que presentan estrés, y ansiedad y miedo postpandemia. 	<ul style="list-style-type: none"> - 7 guías
Depresión	No se ubican documentos que hagan referencia específica a este trastorno.		

Tabla 2. Metas y estrategias de intervención con evidencia científica

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La revisión sistemática de los estudios epidemiológicos realizados permitió identificar que existen al menos tres problemas de salud más frecuentemente reportados en los estudios de tipo epidemiológico realizados. Entre ellos, y en primer lugar, los trastornos de ansiedad son el problema de salud mental que ha sido reportado en un mayor número de estudios y al parecer vivido por un número importante de las poblaciones estudiadas en diversos países ubicados en varios continentes; en segundo lugar, la depresión ha sido reportada en un número importante de estudios pero a pesar de ello, no se ubican documentos específicos que indiquen la estrategia sanitaria de abordar este problema mental durante la pandemia y después de la misma. En tercer lugar, se identifica que los trastornos de estrés son reportados por diversos estudios y para ellos fue posible ubicar un número suficiente de guías y estudios centrados en la presentación de acciones de atención psicológica específica.

Según la evidencia, la ansiedad es el problema de salud mental con más frecuente reporte en diferentes muestras poblacionales. Dichos estudios sugieren que el mayor impacto psicológico del brote y la propagación del virus que produce la COVID-19, afecta tanto a la población general como a los profesionales de la salud en todos los países asiáticos y europeos en los que se recogieron los datos durante las investigaciones (Pappa et al. 2020; Temsah et al., 2020; Wang et al., 2020).

Se ha demostrado que los brotes y epidemias pueden tener un impacto psicológico significativo a corto y largo plazo en la salud mental de los profesionales sanitarios de primera línea, así como lo sugieren los resultados encontrados por Pappa et al. (2020) que evidencian niveles significativamente altos de ansiedad durante la pandemia en profesionales sanitarios italianos. El alto reporte de ansiedad es comparable al informado en diferentes estudios realizados en población general de China durante el mismo periodo (Gao et al., 2020; Wang et al., 2020). Cabe anotar que Wang et al. (2020) y Xiao et al. (2020) además encontraron estrecha relación entre altos niveles de ansiedad y estrés con baja autoeficacia y la calidad del sueño, situación que puede afectar la emisión de la conducta sanitaria protectora efectiva.

Por otra parte, según los resultados del estudio de Huang y Zhao (2020) los índices de ansiedad generalizada se han extendido durante la pandemia en personal sanitario por falta de tiempos de descanso y el estrés generado durante la atención de pacientes con COVID-19; sin duda este grupo de profesionales y trabajadores sanitarios ha sido clasificado tanto de mayor riesgo por contagio como de mayor vulnerabilidad psicológica. Esta situación está relacionada con el sexo, ya que es reportada con mayor frecuencia e intensidad por mujeres profesionales de la salud cuando han tenido atención directa con pacientes diagnosticados con COVID-19 que los reportados por hombres enfermeros y médicos (Chew et al., 2020; Elbay, Kurtumus, Alpacioglu, & Karadere, 2020; Xiao et al., 2020).

En la misma línea, Santamaría, Etxevarría, Rodríguez, Albóndiga y Gorrochategui, (2020) reportan niveles de ansiedad más severos en mujeres cuidadoras de la población general, incluso superiores a los hallados en China. De este modo, las mujeres han sido consideradas como el grupo con mayor vulnerabilidad entre los profesionales de la salud en diversos estudios en torno al impacto de la pandemia del COVID-19 (Lai et al., 2020; Urzúa et al., 2020) y otros realizados respecto a brotes similares como es el caso del SARS (Tam, Pang, Lam, & Chiu, 2004).

Respecto al mayor impacto negativo de la pandemia en el incremento del reporte trastornos y síntomas de ansiedad en mujeres, Moccia et al. (2020) encontró que en población general italiana los hombres presentaban bajos niveles de ansiedad y angustia, y que la reactividad ansiosa era mayor en mujeres, situación que hace pensar que los hombres son menos propensos a desarrollar síntomas psicológicos ante un evento estresante, según los autores.

Por otra parte, el estudio de Ozamix et al. (2020) revela niveles de ansiedad y depresión en la Comunidad Autónoma Vasca, menores a los recogidos en los estudios realizados en China al inicio de la pandemia, pero que predicen niveles superiores de ansiedad y depresión cuando las personas comienzan a experimentar el encierro. Es importante anotar que actualmente el nivel de reporte de este trastorno puede ser diferente ya que la pandemia permanece y se ha expandido a varios países y con la información recibida se puede

causar pánico y ansiedad en residentes de países distintos a China (Lai et al., 2020, Wang et al. 2020) como es el caso de Chile en donde Urzúa, (2020) encontraron que buena parte de los profesionales de la salud entrevistados reportó síntomas de ansiedad.

Respecto al mantenimiento de los trastorno de ansiedad o de sus síntomas, solo se encontró el estudio longitudinal realizado por Wang et al. (2020), cuyos resultados indican que la frecuencia e intensidad del reporte de ansiedad se mantuvo a través del tiempo y que uno de los factores protectores del incremento de la emoción negativa es el alto nivel de confianza en los médicos, la mayor probabilidad de supervivencia percibida, la consideración de bajo riesgo de contraer COVID-19, además del reporte de alta satisfacción con la información de salud y las medidas de precaución personal implementadas.

En el mismo sentido de los resultados del estudio de Liu, Zhang, Wong y Hyun (2020), los jóvenes entre 18 y 30 años presentaron altos niveles de ansiedad asociados a la preocupación por el COVID-19. Es importante anotar, que Ahmed et al. (2020) encontraron que en población joven de China el confinamiento y la ambigüedad de información sobre la COVID-19 facilitaron la generación de síntomas de ansiedad y depresión. Por ello se recomienda que la acción preventiva y de apoyo incluya de forma especial a esta población, ya que al parecer tiene mayor vulnerabilidad al desarrollo de síntomas de problemas mentales. Cabe anotar, que en el estudio de Wang et al. (2020) población similar reportaba menos síntomas de ansiedad cuando las personas presentaban alto nivel de resiliencia.

De otra parte, aunque pocos de los estudios analizados incluyen pacientes psiquiátricos, se confirma que durante el pico de la epidemia del COVID-19 los pacientes psiquiátricos obtuvieron puntajes significativos en ansiedad y depresión y eran más propensos a comunicar preocupaciones por su salud física e ideación suicida, tal como lo habían reportado Hao et al. (2020).

Respecto al segundo problema de salud mental identificado en esta revisión sistemática, la depresión o síntomas depresivos han sido reportados por otros autores de estudios realizados durante esta pandemia

de COVID-19 (Hang Choi et al., 2020; Erkasap et al., 2020; Juhong Zhu et al., 2020; Peteet, 2020; Roy et al., 2020; Sahoo et al., 2020; Yulan Lin et al., 2020) y en el contexto de otras enfermedades extendidas, como es el caso del SARS (Lancee et al., 2008) y del MERS (Lee et al., 2018).

Al igual que la ansiedad, la depresión fue reportada principalmente en al menos tres poblaciones, entre las que principalmente estaban los profesionales de la salud, seguidos por la población general y las personas con previo reporte de trastorno mental. Es importante hacer notar que en estudios previos la prevalencia de este tipo de trastornos ha tenido amplia variación entre el 9 % (Tang et al., 2020) y el 64.7 % (Elbay et al., 2020), aunque Rajkumar et al. (2020) indicaron un rango menos amplio entre 16 y 28 %. Así mismo, es necesario señalar que, tanto en la presente investigación como en estudios previos, se evidencio que los síntomas depresivos reportados variaron en intensidad de leves (Hai et al., 2020; Tan et al., 2020) a severos (Liu et al., 2020; Odriozola-González et al., 2020).

Es preciso anotar que buena parte de las investigaciones incluidas en esta revisión reportaron a la depresión como una de las principales problemáticas psicológicas, esto probablemente asociado al hecho de que China y España fueron los países que afrontaron la crisis inicialmente; de otra parte, es importante hacer notar la ausencia de la medición específica de esta variable en los estudios desarrollados en Italia que fueron incluidos en esta revisión. Estudios previos indican que es probable que crezca en frecuencia y agudeza el reporte de depresión una vez transcurra el tiempo de confinamiento por pandemia (Rodríguez Cahill, 2020; Zhang et al., 2020), y que el crecimiento continuo de las cifras de contagio, morbilidad y mortalidad en el mundo, provoque la agudización de este y otros problemas de salud mental, y ello incrementa el interés de realizar investigaciones específicas al respecto.

Algunas de las investigaciones analizadas, aludían al efecto de algunos factores específicos predictores del desencadenamiento de la depresión, como el diagnóstico previo de trastornos mentales (Tan et al., 2020), la soledad, el miedo, (Santamaría & Etxebarria, 2020; Tang et al., 2020) la baja tolerancia al distrés (Liu et al., 2020), la exposición a información ambigua respecto a la enfermedad (Elhai et al., 2020), tener mayor

contacto directo con personas contagiadas de COVID-19 (Lai et al., 2020; Lu et al., 2020; Xiao et al., 2020; Ozamiz-Etxebarria, 2020), el uso repetido de mascarillas o tapabocas y el hecho de tener que evitar beber agua o ir al baño para no tener que desechar el equipo de protección personal (Xiao et al., 2020), condiciones especialmente vividas por los profesionales de salud.

Pocos estudios indican que el confinamiento, propio de los periodos de cuarentena (Hao et al., 2020; Elhai et al., 2020), produce impacto psicológico negativo especialmente en pacientes con trastorno mental y cuando la norma de confinamiento es realmente estricta; en este sentido Elhai et al. (2020) muestran que dichos aislamientos tienden a generar síntomas depresivos como el aburrimiento, la soledad, la ira y la misma ansiedad. Cabe anotar que, por el contrario, Tang et al. (2020) concluyeron que el confinamiento no puede ser considerado de forma estricta como predictor de la depresión. Pero es importante hacer notar que al menos un estudio (Hao et al., 2020) de los incluidos en la presente revisión, reportaba que la ideación suicida intensa se presenta en pacientes con trastorno mental producto del impacto psicológico de la pandemia.

Si se tiene en cuenta que al menos la tercera parte de suicidios no está relacionada con eventos depresivos, se comprende el hecho de que ninguno de los estudios en los que se midió depresión se haya concluido que esta pueda ser considerada un predictor inequívoco de la conducta suicida, tal como lo habían mostrado otros autores (Kovacs & George, 2020; Ribeiro et al., 2018; Szanto et al., 2018), aunque es necesario indicar que algunos han señalado la existencia de una estrecha relación entre ansiedad y suicidio (McKay et al., 2020). Entonces es preciso resaltar que la mayor parte de la evidencia indica que el afrontamiento depresivo de este tipo de eventos puede desencadenar la aparición de conductas suicidas entre profesionales de la salud, ya que ellos quienes reportan sentir alta presión psicológica y un intenso miedo a morir en estos tiempos de pandemia por COVID-19 (Montemurro, 2020).

Elbay et al. (2020) resaltan la pertinencia de atender a las personas que presentan síntomas depresivos como medida de prevención del establecimiento de conducta suicida, entre las que están la sensación permanente de soledad, desmotivación, desesperación, ideas de culpa, generación de conductas que

incrementan el riesgo de contagio propio y de otros, o la despreocupación y el autocuidado deficiente. Es de suma importancia señalar que, así como estas conductas representan factores de riesgo, condiciones como la resiliencia y el apoyo social, familiar y proveniente de pares (Liu et al., 2020) constituyen factores de protección asociados a bajos niveles de depresión.

Tal como lo plantea Rajkumar (2020) la depresión y los síntomas depresivos, así como las reacciones psicológicas a la pandemia por COVID-19 evidentes, exigen contar con profesionales de alta experticia en la detección oportuna y el manejo terapéutico profesional de personas que presentan cuadros subclínicos que afectan la calidad de vida y el bienestar psicológico de quienes tienen que afrontar estas situaciones de corte epidemiológico.

En el presente estudio se evidenció que los problemas mentales adquiridos en tercer lugar de frecuencia, que fueron descritos en el grupo de documentos analizados, es el conjunto de trastornos de estrés o el reporte de alguno de sus síntomas principales. En el mismo sentido que diversos estudios previos, la presente revisión hizo notar que cerca de la mitad de documentos analizados indicaron que el estrés ha sido es uno de los principales problemas de salud mental que viven las personas enfermas, sus familias (Morris et al., 2020), los miembros del equipo de salud tratante (Chatterjee et al., 2020; Lai et al., 2020) y en la población en general (Burtscher et al., 2020; Shen et al., 2020; Yuan et al., 2020). Dichos estudios han mostrado que en especial los profesionales de la salud presentan niveles de estrés moderado a severo (Huang et al., 2020) que resulta ser poco funcional en el efectivo afrontamiento de un estímulo percibido como amenazante (la COVID-19) tal como lo señalan Mucci et al. (2020) y Poli et al. (2020), ya que produce preocupación, desespero, malestar emocional y agotamiento físico e incluso estrés traumático o postraumático, de la forma descrita en diversos estudios (Horesh & Brown, 2020; Rodríguez Cahill, 2020; y Zhang et al. 2020).

Aunque existe amplia evidencia acerca de cómo una situación pandémica afecta la salud mental de las poblaciones que viven el evento epidemiológico, es preciso reconocer que al menos en el estudio realizado

por Somma et al. (2020), los autores no encontraron problemas emocionales clínicamente relevantes en el 86.8 % de los participantes, incluso anotan que solamente la edad y el sexo fueron identificados como predictores de problemas mentales.

ACCIONES RECOMENDADAS

Una vez identificadas la ansiedad, la depresión y el estrés como las tres afecciones de salud mental de mayor frecuencia en las situaciones pandémicas y posteriores a ella; y la posterior revisión de las principales acciones sanitarias con soporte científico acerca de su efectividad en el mantenimiento y recuperación de la salud mental de la población, han sido identificadas en estudios referidos a otras epidemias y pandemias de menor escala (Shultz et al., 2016) un grupo de acciones de promoción de la salud mental fundamentalmente dirigidas a originar el cambio cognitivo y social a fin de asegurar la emisión de comportamientos reductores de la probabilidad de contagio (Weston et al., 2018), y contribuir al mejor ajuste de las personas a las dinámicas relacionadas con el confinamiento y la retoma de la vida cotidiana en la post pandemia (Gallegos et al., 2020).

Más que centrar la atención en un tipo de trastorno, las guías revisadas indican que la labor general debe estar dirigida a garantizar el mantenimiento o recuperación de la salud mental, más que al abordaje específico de cada uno de los tres trastornos identificados en el primer momento del presente estudio. La revisión de guías de atención e investigaciones acerca de tratamientos (Broks et al., 2020; Holmes et al., 2020; Larroy et al., 2020; Morris et al., 2020; Mucci et al., 2020) señala que es preciso realizar acciones sanitarias como:

1. Promoción y mantenimiento del soporte social tanto en la población general y su familia como en el personal de salud, su equipo de trabajo y su familia, esto a través de diversos medios directos o virtuales.

2. Entrenamiento general en el contraste de información sanitaria fiable a fin de reducir la percepción de riesgo y generar acciones personales y comunitarias preventivas.

3. Fortalecimiento de habilidades de afrontamiento y la búsqueda de recursos post-pandemia, basadas en la identificación, expresión y regulación de emociones, además de la consolidación de conductas protectoras universales como la actividad física y el uso de la respiración como técnica de relajación ante sensaciones de miedo y ansiedad.

4. Promoción del entrenamiento de psicólogos profesionales para que ofrezcan servicios psicoterapéuticos dirigidos al fortalecimiento de respuestas efectivas de afrontamiento del futuro inmediato de emociones como el miedo, la ansiedad y otros síntomas psicopatológicos como la pérdida del sentido de coherencia entre los múltiples roles desempeñados cotidianamente y los sentimientos de discriminación hacia quienes han vivido o laborado en condiciones que incrementaron la posibilidad de contagio (Ornell et al., 2020; Presti et al., 2020).

También se evidencia que el personal de salud, que está en la primera línea de atención de personas con COVID-19, debe ser acompañado bajo un abordaje psicológico diferencial, con énfasis en el fortalecimiento de la comunicación asertiva, entrenamiento en control emocional, primeros auxilios psicológicos, y facilitación de condiciones extra laborales que promuevan la adaptación y manejo del miedo experimentado ante el ejercicio de su función asistencial (Bueno & Barrientos, 2020; Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), 2020; OPS & OMS, 2020). Conviene enfatizar que es preciso promover la reevaluación de la percepción que puede tener la población general acerca de los profesionales de la salud y las repercusiones psicológicas que el aislamiento voluntario y por segregación puede tener, debido al distanciamiento familiar y al rechazo social vivido (Brooks et al., 2020).

La reevaluación situacional puede aportar al fortalecimiento de las estrategias de regulación emocional usadas a fin de reducir las emociones negativas experimentadas e incrementar el grado de adaptación

profesional a las nuevas condiciones laborales que debe enfrentar, además de aumentar la capacidad del personal sanitario en el balance entre las demandas laborales y familiares (Restubog, Ocampo, & Wang, 2020).

Es importante anotar que, si bien la depresión es uno de los tres eventos en salud mental más reportados en los estudios epidemiológicos referidos, en la revisión de acciones terapéuticas no se encuentran aún guías específicas de atención de este problema. Situación que puede estar asociada al hecho de que los síntomas depresivos tienden a aparecer un tiempo después de la ocurrencia de los sucesos que los ocasionaron, como producto de la interacción de múltiples factores que convergen con una tristeza profunda permanente durante al menos dos meses (Piqueras et al., 2008), y no como una reacción emocional automática. Por otro lado, para la fecha de revisión, es posible que hasta ahora se esté en medio del desarrollo y aparición de síntomas, y por ello la evaluación de la efectividad de las acciones psicoterapéuticas específicamente dirigidas a la reducción y manejo de síntomas depresivos invita a realizar nuevas acciones de investigación.

A fin de garantizar el acceso a información referida a la prevención y tratamiento oportuno de los casos de depresión, se retomaron estudios específicos previos e informes breves que pretendían dar luces al respecto. Entre las principales recomendaciones están:

1. Promover acciones dirigidas a mantener el bienestar físico y mental (emocional especialmente) de las personas que viven de manera directa e indirecta los efectos de la pandemia, entre las que están la conservación del contacto con los seres queridos mediante el uso de nuevas tecnologías.

2. Presentar de manera veraz, oportuna y empática la información tanto de la enfermedad como de las acciones de manejo y control de la pandemia, con el fin de ayudar a disminuir la emocionalidad negativa.

3. Asistencia al duelo si llegase el caso y ofrecer el seguimiento a la familia que lo vive, ya que puede ser considerado un factor de mejoramiento en momentos en los que el ambiente en general es aver-sivo o amenazante (Lissoni et al., 2020).

No obstante, el hecho de no encontrar evidencia científica que oriente las acciones ante la depresión durante o posterior a la pandemia, sugiere que debe ser un área de estudio urgente para la comunidad científica internacional. Ya Kamran y Rowland (2020) habían reconocido que es preciso probar si las diversas técnicas terapéuticas que cuentan con evidencia científica respecto a su efectividad en la superación de síntomas de depresión, entre las que se encuentran algunas Terapias de enfoque Cognitivo/Conductual, Interpersonal, de Conciencia plena, de familia y tratamientos psicofarmacológicos.

También se sugiere, la realización de nuevos estudios que permitan el análisis y comprensión de la forma en que se pueden cubrir las diversas fases de atención de un periodo de pandemia y posterior a ella, y en relación con los factores que facilitan el reporte de picos propios de un posible modelo de curva epidémica emocional, que incluya la realización de acciones que permitan evitar la propagación de modelos de comunicación inadecuada, la desinformación, la difusión descontrolada de mitos y noticias falsas; el crecimiento rápido o exponencial de casos de contagio, la inmersión ante el contagio; y la generación de pre duelos ante el miedo a la pérdida de familiares o allegados, debido a la insuficiencia económica y la sensación de ruptura social que hace sentir la estrategia de aislamiento (Ransing et al., 2020).

LIMITACIONES Y FUTURAS DIRECCIONES

Llama la atención que en el caso de acciones de intervención de importantes problemas de salud mental como es el caso de la depresión no se hayan ubicado documentos específicos de intervención pandémica y post-pandémica de este trastorno, por ello en la discusión se amplió un tanto la búsqueda y ajuste de recomendaciones para el manejo de este evento en especial, aunque es preciso reconfirmar en nuevos

estudios su real alcance. Así mismo, es preciso reconocer que las investigaciones revisadas a fin de identificar los principales problemas de salud mental hacen uso de instrumentos de registro tipo epidemiológico más que valoraciones profesionales más efectivas y reales del impacto de la pandemia.

La diversidad en el comportamiento epidemiológico, siempre multifactorial, debe ser estudiada a través de diseños longitudinales, sensibles a los cambios que tienen lugar en el tiempo de la pandemia actual, ya que casi la totalidad de las investigaciones analizados en esta revisión eran de tipo transversal y fueron realizadas al inicio de la pandemia (por ejemplo, Tang et al., 2020).

REFERENCIAS

- Álvarez, P. E., Castiblanco, F., Correa, A. F., Guío, Á. M., Álvarez, P. E., Castiblanco, F., Correa, A. F., & Guío, Á. M. (2020). COVID-19: Doctors, gastroenterology and emotions. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 35, 64–68. doi: <https://doi.org/10.22516/25007440.546>
- Araujo Hernández, M., García Navarro, S., & García-Navarro, E. B. (2020). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: Revisión narrativa. *Approaching grief and death in family members of patients with COVID-19: Narrative review (English)*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>
- Arias, N. M., & Pérez, S. M. (2020). Impacto Psicológico del COVID-19 y el Papel de la Telepsicología: Una Reflexión de la Psicología en el Ámbito Social y Organizacional. *Conocimiento, Investigación y Educación CIE*, 1(9), Article 9. Recuperado de: http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/CIE/article/view/4084
- ASCOFAPSI. (2020). Psicología en contextos de COVID–19, desafíos poscuarentena en Colombia. Ascofapsi. Recuperado de: <https://www.ascofapsi.org.co/index.php/component/k2/item/220-lanzamiento-del-libro-psicologia-en-contextos-de-COVID-19-desafios-poscuarentena-en-colombia>
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina [ASCOFAME]. (2020, agosto). Cuidadores COVID-19 – Un espacio para aprender a cuidarnos integralmente. Recuperado de: <http://cuidadoresCOVID19.org/>
- Barrett, R., & Brown, P. J. (2008). Stigma in the Time of Influenza: Social and Institutional Responses to Pandemic Emergencies. *The Journal of Infectious Diseases*, 197(1), S34–S37. doi: <https://doi.org/10.1086/524986>
- Baum, N.M., Jacobson, P.D., & Goold, S.D. (2009). “Listen to the People”: Public Deliberation About Social Distancing Measures in a Pandemic. *American Journal of Bioethics*, 9(11), 4–14. doi: <https://doi.org/10.1080/15265160903197531>
- Breen, L. J. (2020). Grief loss and the COVID-19 pandemic. *Australian journal of general practice*, 49. doi: <https://doi.org/10.31128/AJGP-COVID-20>

Burtscher, J., Millet, G., & Burtscher, M. (2). (2020). (Indoor) isolation, stress and physical inactivity: Vicious circles accelerated by COVID-19? *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. xx doi: <https://doi.org/10.1111/sms.13706>

Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta*. Siglo XXI.

Caballo, V. (1998a). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos: Vol. Tomo I*. Siglo XXI.

Caballo, V. (1998b). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos: Vol. Tomo II*. Siglo XXI.

Cabrera, L. F., Jaspe, C. L., & Ciro, M. P. (2020). Adaptación de la residencia de Cirugía General en Colombia a la pandemia del COVID-19: Programa de enseñanza quirúrgica virtual. *Revista Colombiana de Cirugía*, 35(2), 256–263. doi: <https://doi.org/10.30944/20117582.632>

Campbell, A. M. (2020). An increasing risk of family violence during the COVID-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Science International: Reports*, 2, 100089. <https://doi.org/10.1016/j.fsir.2020.100089>

Casale, S., & Flett, G. L. (2020). Interpersonally-based fears during the COVID-19 pandemic: Reflections on the fear of missing out and the fear of not mattering constructs. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 88–93. <https://doi.org/10.36131/CN20200211>

Cascaes da Silva, F., Valdivia Arancibia, A., da Rosa Iop, R., Gutierrez Filho, P., & da Silva, R. (2013). Escalas y listas de evaluación de la calidad de estudios científicos. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 24 (3). Recuperado de: <http://www.acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/438/318>

Castellanos, V. (2020). *Estudio de la opinión pública acerca de la crisis del Coronavirus. Opiniones recogidas entre el 13 y el 15 de marzo de 2020* (Opinión Núm. 4; p. 36). Ipsos & Global Wave. https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2020-03/estudio_de_la_opinion_publica_sobre_la_crisis_del_coronavirus.pdf

Chacón-Lizarazo, O. M., & Esquivel-Nuñez, S. (2020). Efectos de la cuarentena y las sesiones virtuales en tiempos del COVID-19. *Eco Matematico*, 11(1), 18–26. doi: <https://doi.org/10.22463/17948231.2599>

Chatterjee, S., Bhattacharyya, R., Bhattacharyya, S., Gupta, S., Das, S., & Banerjee, B. (2020). Attitude, practice, behavior, and mental health impact of COVID-19 on doctors. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(3), 257–265. doi: https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_333_20

COLPSIC - Colegio Colombiano de Psicólogos. (s/f). Recuperado de <https://www.colpsic.org.co/COVID-19>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2020). *Informe especial COVID-19. América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19. Efectos económicos y sociales* (Núm. 1; pp. 1–15). Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/6/S2000264_es.pdf

Cullen, W., Gulati, G., & Kelly, B. D. (2020). Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>

Curtis, J. R., Kross, E. K., & Stapleton, R. D. (2020). The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA*, 323(18), 1771–1772. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4894>

DANE. (2020). Informe de seguimiento—Defunciones por COVID-19. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/informe-de-seguimiento-defunciones-por-COVID-19>

Downs SH, Black N (1998) The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health* 52: 377–384.

Di Giuseppe, M., Gemignani, A., & Conversano, C. (2020). Psychological resources against the traumatic experience of COVID-19. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 85–87. doi: <https://doi.org/10.36131/CN20200210>

Dryhurst, S., Schneider, C. R., Kerr, J., Freeman, A. L. J., Recchia, G., Bles, A. M. van der, Spiegelhalter, D., & Linden, S. van der. (2020). Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research*, 0(0), 1–13. <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193>

Edmond Pui Hang Choi, Bryant Pui Hung Hui, & Eric Yuk Fai Wan. (2020). Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3740), 3740–3740. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17103740>

Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry research*, 288, 113031. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>

Erkasap, A., Ak yt, M., &  o kun, A. (2020). Investigation results of the anxiety impact of COVID-19 pandemic on individuals: A case from Turkey. *International Journal of Research in Business and Social Science*, 9(3), 80–84.

Feng, S., Shen, C., Xia, N., Song, W., Fan, M., & Cowling, B. J. (2020). Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(5), 434–436. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30134-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30134-X)

Garfin, D. R., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2020). The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 39(5), 355–357. <https://doi.org/10.1037/hea0000875>

Gomez-Marin, J. E., González, A., & Rodriguez-Morales, A. J. (2020). Pandemia COVID-19: Reflexiones sobre su impacto para la preparación en el control de enfermedades infecciosas en Colombia. *Infectio*, 24(3), 141. <https://doi.org/10.22354/in.v24i3.854>

Gonzalez-Diaz, J. M., Cano, J. F., & Pereira-Sanchez, V. (2020). Psychosocial impact of COVID-19-related quarantine: Reflections after the first case of suicide in Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(6), e00117420. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00117420>

- Greer, A. L. (2013). Can informal social distancing interventions minimize demand for antiviral treatment during a severe pandemic? *BMC Public Health*, 13(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-669>
- Harper, C. A., Satchell, L. P., Fido, D., & Latzman, R. D. (2020). Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00281-5>
- Henao-Kaffure, L. (2010). El concepto de pandemia: Debate e implicaciones a propósito de la pandemia de influenza de 2009. *Revista Gerencia y Políticas en Salud*, 9(19), 53–68.
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet. Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Horesh, D., & Brown, A. D. (2020). Traumatic Stress in the Age of COVID-19: A Call to Close Critical Gaps and Adapt to New Realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice & Policy*, 12(4), 331.
- Huang, J. Z., Han, M. F., Luo, T. D., Ren, A. K., & Zhou, X. P. (2020). Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi = Zhonghua Laodong Weisheng Zhiyebing Zazhi = Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 38(3), 192–195. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063>
- Imran, N., Zeshan, M., & Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36, S-1.
- Instituto Nacional de Salud (INS) (2020). Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la COVID19—Versión 1—02 de mayo de 2020. Ministerio de Salud (Colombia). Recuperado de: [https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Estrategia%20VSP%20COVID-19%20\(02-05-2020\)-version1.pdf](https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Estrategia%20VSP%20COVID-19%20(02-05-2020)-version1.pdf)

Instituto Nacional de Salud (INS), & MinSalud. (2020). Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda y la enfermedad asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19). Instituto Nacional de Salud [INS] y MinSalud. Recuperado de: https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Anexo_%20Instructivo%20Vigilancia%20COVID%20v12%2024072020.pdf

Jiang, F., Deng, L., Zhang, L., Cai, Y., Cheung, C. W., & Xia, Z. (2020). Review of the Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Journal of General Internal Medicine*, 35(5), 1545–1549. doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05762-w>

Juhong Zhu, Lin Sun, Lan Zhang, Huan Wang, Ajiao Fan, Bin Yang, Wei Li, & Shifu Xiao. (2020). Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu. *Frontiers in Psychiatry*, 11. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00386>

Kamran, M., & Rowland, D. L. (2020). Eidetic therapy in the treatment of depression: An exploratory application of an intervention in an emerging nation population. *Professional Psychology: Research and Practice*. doi: <https://doi.org/10.1037/pro0000314>

Khan, S., Siddique, R., Li, H., Ali, A., Shereen, M. A., Bashir, N., & Xue, M. (2020). Impact of coronavirus outbreak on psychological health. *Journal of Global Health*, 10(1), 010331. doi: <https://doi.org/10.7189/jogh.10.010331>

Kovacs, M., & George, C. J. (2020). Maladaptive mood repair predicts suicidal behaviors among young adults with depression histories. *Journal of Affective Disorders*, 265, 558-566. doi: [10.1016/j.jad.2019.11.091](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.091).

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

Lancee, W.J., Maunder, R.G., & Goldbloom, D.S. (2008). Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. *Psychiatric Services*, 59(1), 91-95. doi: 10.1176/ps.2008.59.1.91.

Larrotta-Castillo, R., Méndez-Ferreira, A., Mora-Jaimes, C., Córdoba-Castañeda, M., & Duque-Moreno, J. (2020). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Salud UIS*, 52(2), 179–180.

Lasa, N. B., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, M. D., Gorostiaga Manterola, A., Espada Sánchez, J. P., Padilla García, J. L., & Santed Germán, M. Á. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento* [Informe de investigación]. Universidad del País Vasco; Uned; Universitat de Barcelona; Universidad de Granada; Universitas Miguel Hernández & Universidad de Murcia. https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf

Lauer, S. A., Grantz, K. H., Bi, Q., Jones, F. K., Zheng, Q., Meredith, H. R., Azman, A. S., Reich, N. G., & Lessler, J. (2020). The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Annals of Internal Medicine*, 172(9), 577–582. <https://doi.org/10.7326/M20-0504>

Lazcano-Ponce, E., & Alpuche-Aranda, C. (2020). Alfabetización en salud pública ante la emergencia de la pandemia por COVID-19. *Public health literacy in the face of the COVID-19 pandemic emergency.*, 62(3), 317–326. <https://doi.org/10.21149/11408>

Lee, S.M., Kang, W.S., Cho, A.R., Kim, T., & Park, J.K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry*, 87, 123-127. doi: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>

Lissoni, B., Del Negro, S., 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. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000802>

Loiacono, A. (2015). The Language of Fear: Pandemics and their Cultural Impact. En *The Language of Medicine: Science, Practice and Academia*. CELSB Libreria Universitaria.

Mamun, M. A., & Griffiths, M. D. (2020). First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: Possible suicide prevention strategies. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102073. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102073>

Marazziti, D. (2020). The COVID-19 outbreak: the latest challenge to psychological and psychiatric intervention. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 39–40. <https://doi.org/10.36131/clinicalnpsych20200201>

Marques, E. S., Moraes, C. L. de, Hasselmann, M. H., Deslandes, S. F., Reichenheim, M. E., Marques, E. S., Moraes, C. L. de, Hasselmann, M. H., Deslandes, S. F., & Reichenheim, M. E. (2020). Violence against women, children, and adolescents during the COVID-19 pandemic: Overview, contributing factors, and mitigating measures. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074420>

Mawar, N., Sahay, S., Pandit, A., & Mahajan, U. (2005). The third phase of HIV pandemic: Social consequences of HIV/AIDS stigma & discrimination & future needs. *INDIAN J MED RES*, 15.

Mayland, C. R., Harding, A. J., Preston, N., & Payne, S. (2020). Supporting adults bereaved through COVID-19: A rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement. *Journal of pain and symptom management*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.012>

Mayor Walton, S., Salazar Pérez, C. A., Mayor Walton, S., & Salazar Pérez, C. A. (2019). La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. *Gaceta Médica Espirituana*, 21(1), 96–105.

Mehra, A., Rani, S., Sahoo, S., Parveen, S., & Singh, A. P. (2020). A crisis for elderly with mental disorders: Relapse of symptoms due to heightened anxiety due to COVID-19. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102114.

Mejía Serrano, J. C., Silva Giraldo, C. A., & Rueda Mahecha, Y. M. (2020). Ruta de atención psicosocial para docentes con síndrome de burnout a causa de la cuarentena generada por el COVID-19 I. *Revista de Investigación en Gestión Industrial, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo - GISST*, 2(2), 133–143.

Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) (2020). *Lineamientos para abordar problemas y trastornos mentales en trabajadores de la salud en el marco del afrontamiento del coronavirus (COVID – 19)*. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GPSG03.pdf>

Montemurro, N. (2020). The emotional impact of COVID-19: From medical staff to common people. *Brain, Behavior and Immunity*, 87, 23-24. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.032.

Montes-Arcón, P. S., & Campo-Arias, A. (2020). Los médicos generales y la salud mental en la pandemia por COVID-19. *Duazary*, 17(3), 4–6. doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.3468>

Morris, S. e. (1), Thomas, J. d. (1), & Moment, A. (2). (2020). Caring for bereaved family members during the COVID-19 pandemic: Before and after the death of a patient. *Journal of Pain and Symptom Management*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.002>

Morrison, V., & Bennett, P. (2013). *Psicología de la Salud* (1a ed.). Prentice-Hall.

Mucci, F., Mucci, N., & Diolaiuti, F. (2020). Lockdown and isolation: Psychological aspects of COVID-19 pandemic in the general population. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 63–64. <https://doi.org/10.36131/CN20200205>

Organización de Estados Americanos [OEA], & Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CI-CAD]. (2020). *COVID-19 y el tratamiento de trastornos por uso de sustancias*. http://www.cicad.oas.org/mem/distribution/documents/COVID-19_recomendaciones_reduccion_de_la_demanda_abril_30_esp.pdf

Organización de Naciones Unidas [ONU]. (2020). *Prevención de la violencia contra las mujeres frente a COVID-19 en américa latina y el caribe* (Brief v 1.1. 23.04.2020). <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/>

documentos/publicaciones/2020/05/es_preencion%20de%20violencia%20contra%20las%20mujeresbrief%20espanol.pdf?la=es&vs=3033

Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2020). *Observatorio de la OIT: El COVID-19 y el mundo del trabajo. Segunda edición. Estimaciones actualizadas y análisis*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_740981.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): Orientaciones para el público*. <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

Organización Panamericana de la Salud [OPS], & Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19*. <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-03/smeps-coronavirus-es-final-17-mar-20.pdf>.

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., Kessler, F. H. P., Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232–235. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>

Orrù, G., Ciacchini, R., Gemignani, A., & Conversano, C. (2020). Psychological intervention measures during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 76–79. <https://doi.org/10.36131/CN20200208>

Ospina-Martínez, M. L., Prieto-Alvarado, F. E., Walteros-Acero, D. M., Quijada-Bonilla, H., González-Duarte, M. A., & Huguett-Aragón, C. M. (2020). Orientaciones para la Vigilancia en Salud Pública de la COVID19. Instituto Nacional de Salud [INS] y MinSalud. Recuperado de: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Estrategia%20VSP%20COVID-19%2023072020.pdf>

Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00054020>

- Pellowski, J. a. (1), Kalichman, S. c. (1), Matthews, K. a. (2), & Adler, N. (3). (2013). A pandemic of the poor: Social disadvantage and the U.S. HIV epidemic. *American Psychologist*, 68(4), 197–209. <https://doi.org/10.1037/a0032694>
- Peteet, J. R. (2020). COVID-19 Anxiety. *Journal of Religion and Health*, 1. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01041-4>
- Piña-Ferrer, L. (2020). El COVID 19: Impacto psicológico en los seres humanos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 4, 188. <https://doi.org/10.35381/s.v.v4i7.670>
- Poli, A., Gemignani, A., & Conversano, C. (2020). The psychological impact of SARS-CoV-2 quarantine: Observations through the lens of the polyvagal theory. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 112–114. <https://doi.org/10.36131/CN20200216>
- Polizzi, C. (1), Lynn, S. j. (1), & Perry, A. (2020). Stress and coping in the time of COVID-19: Pathways to resilience and recovery. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 59–62. <https://doi.org/10.36131/CN20200204>
- Porcelli, P. (2020). Fear, anxiety and health-related consequences after the COVID-19 epidemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 103–111. <https://doi.org/10.36131/CN20200215>
- Pozza, A., Mucci, F., & Marazziti, D. (2020). Risk for pathological contamination fears at coronavirus time: Proposal of early intervention and prevention strategies. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 100–102. <https://doi.org/10.36131/CN20200214>
- Presti, G., McHugh, L., Gloster, A., Karekla, M., & Hayes, S. C. (2020). The Dynamics of Fear at the Time of COVID-19: A Contextual Behavioral Science Perspective | Clinical Neuropsychiatry. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 65–71. <https://doi.org/10.36131/CN20200206>
- Price-Smith, A. T., Verfasser. (2009). *Contagion and chaos disease, ecology, and national security in the era of globalization*. MIT Press.

Rodriguez, D. A. C. (2020). Comunicado de Prensa: Pobreza Multidimensional en Colombia 2019 y 2018. 6.

Qian, M., & Jiang, J. (2020). COVID-19 and social distancing. *Journal of Public Health: From Theory to Practice*, 1. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01321-z>

Qiu, W., Rutherford, S., Mao, A., & Chu, C. (2017). *The Pandemic and its Impacts. Health, Culture and Society*, 9(0), 1–11. <https://doi.org/10.5195/hcs.2017.221>

Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066. doi: [10.1016/j.ajp.2020.102066](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066)

Ransing, R., Adiukwu, F., Pereira-Sánchez, V., Ramalho, R., Orsolini, L., Schuh Teixeira, A.L., González-Díaz, J., Pinto da Costa, M., Soler-Vidall, J., Gashi Bytyçi, D., El Hayek, M., Larnaout, A., Shalhafan., M., Syarifs, Z., Nofalt, M., & Kudva Kundadak, G. (2020). Mental health interventions during the COVID-19 pandemic: a conceptual framework by early career psychiatrists. *Asian Journal of Psychiatry*, 51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102085>

Rashid, H., Ridda, I., King, C., Begun, M., Tekin, H., Wood, J. G., & Booy, R. (2015). Evidence compendium and advice on social distancing and other related measures for response to an influenza pandemic. *Paediatric Respiratory Reviews*, 16(2), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2014.01.003>

Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*, 212(5), 279-286. doi: [10.1192/bjp.2018.27](https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27)

Rodríguez Cahill, C. (2020). Cinco retos psicológicos de la crisis del COVID-19. *Journal of Negative & No Positive Results*, 5(6), 583–588. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3662>

Roy, D., Tripathy, S., Kar, S. K., Sharma, N., Verma, S. K., & Kaushal, V. (2020). Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51(102083). <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083>

Saavedra Trujillo, C. H. (2020). Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID 19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. *Infectio*, 24(3), 1–153. <https://doi.org/10.22354/in.v24i3.851>

Sahoo, S., Rani, S., Shah, R., Singh, A., Mehra, A., & Grover, S. (2020). COVID-19 pandemic-related anxiety in teenagers. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(3), 328–330. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_327_20

Samaniego, A.; Urzúa A. Buenahora, M.; Vera-Villaruel P. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto COVID-19. *Interamerican Journal of Psychology*, 54,(1) doi: <https://doi10.30849/ripijp.v54i1.1298>

Schimmenti, A., Billieux, J., & Starcevic, V. (2020). The four horsemen of fear: An integrated model of understanding fear experiences during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 41–45. <https://doi.org/10.36131/CN20200202>

Serna, J.M. (2020). *Aspectos Psicologicos del COVID-19*. Editorial Tektime

Shen, X., Zou, X., Zhong, X., Yan, J., & Li, L. (2020). Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. *Critical Care*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02926-2>

Singhal, T. (2020). A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *The Indian Journal of Pediatrics*, 87(4), 281–286. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>

Szanto, K., Galfavy, H., Vanyukov, P. M., Keilp, J. G., & Dombrovski, A. Y. (2018). Pathways to late-life suicidal behavior: cluster analysis and predictive validation of suicidal behavior in a sample of older adults with major depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(2) 17m11611. doi: 10.4088/JCP.17m11611

Tam, C., Pang, E. Lam, L., & Chiu, H. (2020). Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychological Medicine*, 36 (34), 1197-1204 doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291704002247>

World Bank Group. (s/f). World Bank Country and Lending Groups – World Bank Data Help Desk. The World Bank. Recuperado de: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-group>

Troisi, A. (2020). Fear of COVID-19: Insights from evolutionary behavioral science. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 72–75. <https://doi.org/10.36131/CN20200207>

Uscher-Pines, L., Schwartz, H. L., Ahmed, F., Zheteyeva, Y., Tamargo Leschitz, J., Pillemer, F., & Faherty, L. (2020). Feasibility of Social Distancing Practices in US Schools to Reduce Influenza Transmission During a Pandemic. *Journal of Public Health Management and Practice*, 26(4), 357. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001174>

Van Lent, L. G., Sungur, H., Kunneman, F. A., van de Velde, B., & Das, E. (2017). Too Far to Care? Measuring Public Attention and Fear for Ebola Using Twitter. *Journal of Medical Internet Research*, 19(6). <https://doi.org/10.2196/jmir.7219>

Varela Arévalo, M., Salazar, I., DIEGO, C., Carolina, D., Tamayo Cardona, J. A., & Salazar, Á. (2009). La evaluación integral de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/sida: Validación de un cuestionario. *Colombia Médica*, 40(4), 387–398.

Vargas, M. & Jairo, J. (2020). Efectos del COVID-19 en la sociedad colombiana. Recuperado de: <https://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/24662>

Vélez-Álvarez, C., Sánchez-Palacio, N., & Betancurth-Loaiza, D. P. (2020). Cuarentena por COVID-19 en un profesional de la salud: Dimensión psicológica, social y familiar. *Revista de Salud Pública*, 22(2). doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n2.86663>

- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *Journal of Pain and Symptom Management*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
- Wee, L. E., Chua, Y. Y., Sim, X. Y. J., Venkatachalam, I., Tan, B. H., Fua, T. P., Ho, A. F. W., Tan, K. B. K., & Conceicao, E. P. (2020). Containing COVID-19 in the Emergency Department: The Role of Improved Case Detection and Segregation of Suspect Cases. *Academic Emergency Medicine*, 27(5), 379–387. <https://doi.org/10.1111/acem.13984>
- Weston, D., Hauck, K., & Amlôt, R. (2018). Infection prevention behaviour and infectious disease modelling: A review of the literature and recommendations for the future. *BMC Public Health*, 18(1), 336-. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5223-1>
- Wise, T., Zbozinek, T., Michelini, G., Hagan, C., & mobbs, dean. (2020). *Changes in risk perception and protective behavior during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/dz428>
- Wu, W., Zhang, Y., Wang, P., Zhang, L., Wang, G., Lei, G., Xiao, Q., Cao, X., Bian, Y., Xie, S., Huang, F., Luo, N., Zhang, J., & Luo, M. (2020). Psychological stress of medical staffs during outbreak of COVID-19 and adjustment strategy. *Journal of medical virology*. <https://doi.org/10.1002/jmv.25914>
- Yuan, S., Liao, Z., Huang, H., Jiang, B., Zhang, X., Wang, Y., & Zhao, M. (2020). Comparison of the Indicators of Psychological Stress in the Population of Hubei Province and Non-Endemic Provinces in China During Two Weeks During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in February 2020. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923767. <https://doi.org/10.12659/MSM.923767>
- Yulan Lin, Zhijian Hu, Haridah Alias, & Li Ping Wong. (2020). Knowledge, Attitudes, Impact, and Anxiety Regarding COVID-19 Infection Among the Public in China. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00236>
- Zhai, Y., & Du, X. (2020). Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain, behavior, and immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053>

Zhang, C., Yang, L., Liu, S., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Du, H., Li, R., Kang, L., Su, M., Zhang, J., Liu, Z., & Zhang, B. (2020). Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00306>

REFERENCIAS DE ESTUDIOS REVISADOS FASE 2

Ádala Mata, Ana Clara Nunes, Gidyenne Medeiros, Gilberto Santos, Isaac Newton Bezerra, Isac Pimenta, Kesley Azevedo, Liliane Braga, Victor Segundo Oliveira, Suely Grosseman, Ismael Nicolás, Grasiela Piuvezam. Media and scientific communication about the pandemic of COVID-19 and the repercussions on the population's mental health: a systematic review study. PROSPERO 2020 CRD42020182918 Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42020182918.

Brooks, s. k., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Gideon James, G. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirla: revisión rápida de las pruebas. *Department of Psychological Medicine*, 3(32), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8). Comunicación efectiva y psicoeducación.

Bueno, M., & Trigo, S. B. (2020). Cuidar Al Que Cuida: El Impacto Emocional De La Epidemia De Coronavirus En Las Enfermeras Y Otros Profesionales De La Salud. *Enfermería Clínica*.

Centre for Evidence-Based Medicine (2019). Can social prescribing support the COVID-19 pandemic?. Recuperado de: <https://www.cebm.net/COVID-19/can-social-prescribing-support-the-COVID-19-pandemic/>.

Dubey, S., Biswas., P, Ghosh, R., Chatterjee, S, Dubey, M.J., Chatterjee, S., Lahiri, D., & Lavie, C.J. (2020). .Psychosocial impact of COVID-19, Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. doi: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>.

GIG & NHS (2018). Mental wellbeing support. Rapid Summary. Public Health Wales Observatory. Recuperado de: [http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/PubHObservatoryProjDocs.nsf/85c50756737f79ac80256f2700534ea3/0d78bd8cd14cd-76d80258551003eaa67/\\$FILE/Mental%20wellbeing%20support%20for%20staff%20RA%20v1.0%20final.pdf](http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/PubHObservatoryProjDocs.nsf/85c50756737f79ac80256f2700534ea3/0d78bd8cd14cd-76d80258551003eaa67/$FILE/Mental%20wellbeing%20support%20for%20staff%20RA%20v1.0%20final.pdf).

Huarcaya, Y. (2020). Consideraciones Sobre la Salud Mental en la Pandemia del COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 3(37), 1-8. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>.

Larroy, C., Estupiña, F., Fernández, I., Hervás, G., Valiente, C., Góme, M., Crespo M., Rojo N., Roldán, L., Vasque, C., Ayuela, D., Lozano, B., Martiné, A., Pousada, T., Gómez, A., Asenjo, M., Rodrigo, J. J., Flororido, R., Vallejo, M., Sanz, S., Martos, L., González Del Valle, S., Anton, A., Jiménez, A., De Miguel, A., Abarca, B., De la Torre, M., Pardo, R., (2020). Guía Para el Abordaje no Presencial de las Consecuencias Psicológicas Del Brote Epidémico de la COVID-19 en la Población General. Versión 1. 1-76. Recuperada de <http://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-ABORDAJE-CONSECUENCIAS-PSICOLOGICAS-COVID19.pdf>.

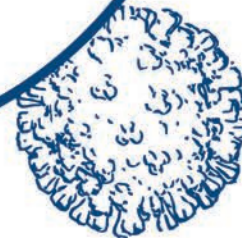
NHS (2020). Clinical guide for the management of people with alcohol dependence during the coronavirus pandemic. Recuperado de: https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/04/C0157-Specialty-guide_-Alcohol-Dependence-and-coronavirus_8-April.pdf.

Urzúa, A., Vera, P., Caqueo, A., & Polanco, C. (2020). Psychology in the Prevention and Management of COVID-19. Contributions From the Initial Evidence. *Terapia Psicológica*, 38(1), 103–118. ISSN 0716-6184. Psychological intervention in crisis, psychoeducation and cognitive behavioral therapies.

Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., & Dugas, M. (2020). Telepsychotherapy for Generalized Anxiety Disorder: Impact on the Working Alliance. *Journal of Psychotherapy Integration* 30(2), 208-225. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000223>.

Wei, N., Huang, B. C., Lu, S. J., Hu, J. B., Zhou, X. Y., Hu, C. C., Chen, J. K., Huang, J. W., Li, S. G., Wang, Z., Wang, D. D., Xu, Y., & Hu, S. H. (2020). Efficacy of internet-based integrated intervention on depression and anxiety symptoms in patients with COVID-19. *Journal of Zhejiang University. Science. B*, 21(5), 400–404. <https://doi.org/10.1631/jzus.B2010013>.

World Health Organization [WHO] (2020). COVID-19 and violence against women What the health sector/system can do. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-eng.pdf?ua=1>



CAPÍTULO IV. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD CUBANA FRENTE A LA PANDEMIA POR COVID-19

OLGA ESTHER INFANTE PEDREIRA

*Universidad de Ciencias Médicas de La Habana,
Presidenta de ALAPSA*

JORGE AMADO GRAU ÁBALO

*Universidad de Ciencias Médicas de La Habana,
Vicepresidente para el Caribe de ALAPSA*

MARÍA DEL CARMEN LLANTÁ ABREU

*Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología,
Secretaria Ejecutiva para el Caribe de ALAPSA*

LIDIA CARIDAD HERNÁNDEZ GÓMEZ

Escuela Nacional de Salud Pública

CARMEN BORREGO GARCÍA

Sección de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

ALBERTO ERCONVALDO COBIÁN MENA

Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba

TERESA ISABEL LOZANO PÉREZ

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mes de enero del presente año alertaba a todos los países del mundo acerca de que la COVID-19 fuera considerada como una emergencia sanitaria de importancia internacional, sin embargo su rápida propagación obligó a que dos meses más tarde fuera declarada como pandemia (OMS, 2020a).

Las consecuencias de esta enfermedad son incalculables y abarcan todas las esferas de la vida social, afectando a individuos, familias, comunidades y países, con independencia de su sistema político y nivel de desarrollo. La afectación no solo ha sido en la salud, a ello va aparejado un desplome de la economía a nivel global; poniendo a prueba las capacidades de los gobiernos y de los sistemas sanitarios y constituyéndose en un reto para el funcionamiento social y no menor, para la ciencia.

En tal situación las repercusiones en la “salud mental” no se han hecho esperar. Estas se derivan de la propia sensación de amenaza de contagio, de la incertidumbre que provoca el desconocimiento sobre la enfermedad, por tratarse de un nuevo coronavirus, de los procesos de duelo ante las pérdidas provocadas por la pandemia, pero también de las medidas adoptadas para la protección, que han implicado una parada en nuestros hábitos y actividades cotidianas y el asumir nuevas prácticas y formas de relaciones.

La Psicología y en particular la Psicología de la Salud, han respondido a través de sus profesionales en los más diversos ámbitos del ejercicio profesional, a la alta demanda socio-sanitaria. Todas las experiencias y conocimientos acumulados en la atención psicológica ante emergencias y desastres han sido utilizados, que unido a los aportes de la Psicología de la Salud, han permitido atender las necesidades psicológicas de la población sana, en riesgo por contacto, enfermos y profesionales de la salud.

Esta compleja situación sanitaria, ha permitido demostrar una vez más y quizás como nunca antes, que la salud es un proceso socialmente determinado, así como la importancia de los determinantes intermedios que producen inequidades en la forma de acceder a los servicios y hasta en cómo se distribuye la morbilidad en los diferentes estratos sociales.

Las características del Sistema de Salud Cubano pone al país en una posición ventajosa para enfrentar contingencias como esta, a pesar del duro bloqueo económico, comercial y financiero decretado por casi 60 años por parte de diferentes gobiernos de los Estados Unidos de América, inhumana y oportunistamente recrudescido en estas circunstancias de pandemia.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE CUBA

Según el artículo 73 de la Constitución de la República de Cuba “la Salud Pública es un derecho de todas las personas y es responsabilidad del Estado garantizar el acceso, la gratuidad y la calidad de los servicios de atención, protección y recuperación. El Estado para hacer efectivo este derecho, instituye un sistema de salud a todos los niveles accesible a la población y desarrolla programas de prevención y educación, en los que contribuyen la sociedad y las familias” (Constitución de la República de Cuba, 2019).

El Sistema Nacional de Salud en Cuba tiene como misión dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado y el Gobierno en cuanto a la salud pública, el desarrollo de las Ciencias Médicas y la industria médico farmacéutica.

TIENE COMO PRINCIPIOS RECTORES (SNS, 2020):

- Carácter estatal y social de la medicina.
-

- Accesibilidad y gratuidad de los servicios.
-

- Orientación profiláctica.
-

- Participación comunitaria e intersectorialidad.

- Colaboración internacional.
-
- Centralización normativa y descentralización ejecutiva.
-
- Aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica.

La atención a la salud se encuentra regionalizada existiendo una correspondencia en los niveles de atención con las estructuras político administrativas del estado cubano

Pudiera representarse el Sistema de Salud como una pirámide que tiene como base la Atención Primaria de Salud, cuyo modelo es de Atención Integral a la Familia (ver figura # 1).

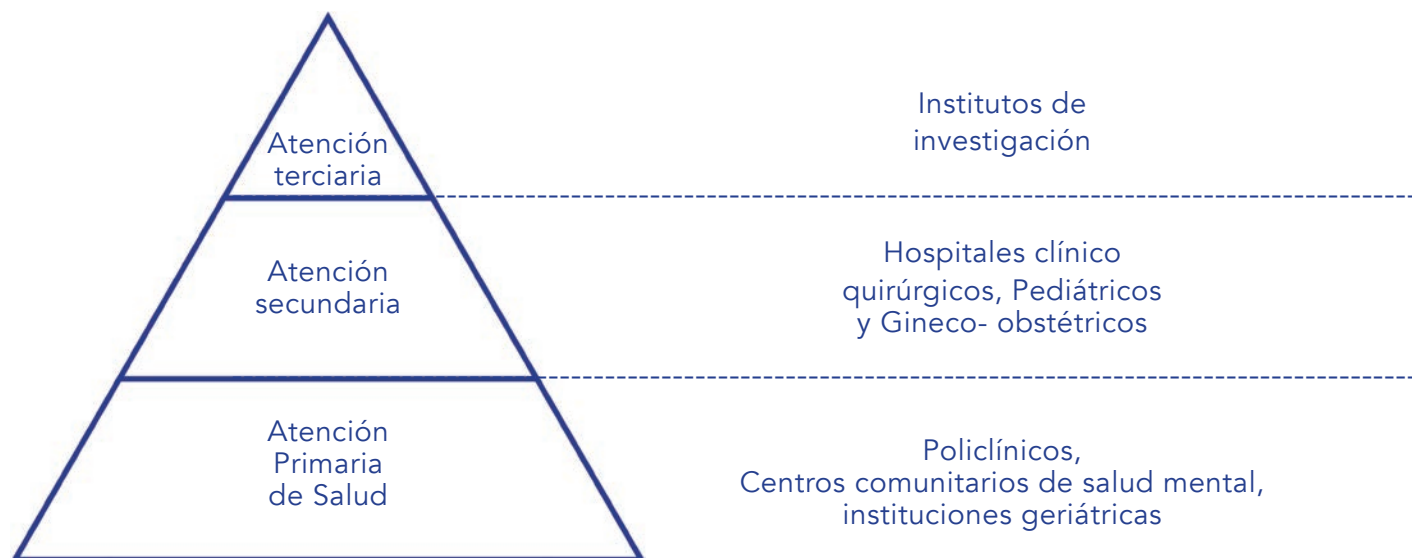


Figura # 1. Estructura por niveles del Sistema Nacional de Salud

INTEGRACIÓN DE LA PSICOLOGÍA AL SISTEMA DE SALUD

La Psicología de la Salud surge a finales de la década del 60 del pasado siglo, como respuesta a condiciones y exigencias del sistema de salud con una orientación social y de las propias necesidades de salud de la población cubana (García Averastury, 1980; Grau, 1997; Morales, 1999; Grau y Hernández, 2005; Díaz, 2006; Diaz y Casal, 1997; Grau, Infante y Díaz, 2013).

Sistematizando, las características básicas del modelo cubano en Psicología de la Salud pueden formularse hasta el presente como: (Grau, Infante y Díaz, 2013)

1. Nace y se desarrolla en el propio Sistema Nacional de Salud, con una experiencia acumulada de más de 40 años y una estrecha e interdependiente relación con el propio desarrollo del Sistema de Salud y con su orientación social y preventiva.

2. Amplio universo de trabajo, gran variedad de acciones y estrecha vinculación entre diferentes funciones (asistencial, docente, científico-investigativa, de asesoría).

3. Integración de diferentes orientaciones teóricas de la Psicología en la solución de viejos y nuevos problemas de salud.

4. Presencia del técnico medio en Psicología, que ha permitido mayor alcance a las acciones psicológicas.

5. Desarrollo de modalidades de formación postgraduada (Especialidad, Maestría).

6. Integración inter y multidisciplinaria, trabajo en equipo con muy diversas especialidades médicas.

7. Proyección internacionalista, ayuda solidaria a otros países en situaciones de emergencia y desastres.

8. Participación activa en la formación de pregrado de psicólogos en el Sistema Nacional de Salud, a través de las Universidades de Ciencias Médicas del país.

Algunos determinantes importantes en la integración de la psicología en los equipos de salud cubanos, a lo largo de su historia, han podido ser identificados (Grau, Infante y Díaz, 2013):

1. Presencia de un sistema único nacional de salud; el desarrollo de la Psicología de la Salud ha tenido lugar en este Sistema de Salud, que se encuentra continuamente en desarrollo y que ha estado siempre en función de las necesidades y prioridades de la población.

2. Voluntad política del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) de modificar el paradigma biológico y monocausal del proceso salud-enfermedad, reemplazándolo por un modelo que tome en cuenta los factores psicosociales en el abordaje integral de este proceso.

3. Incorporación temprana de la Psicología en la formación y capacitación de proveedores de salud, de administradores y dirigentes del Sistema de Salud.

4. Incorporación de la Psicología en el nivel central, como comisión asesora con funciones al recomendar políticas, servicios e indicaciones metodológicas (Grupo Nacional de Psicología).

5. Existencia de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud, como asociación científica y parte integrante del Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud.

6. Combinación armónica de tareas asistenciales, docentes, de investigación, gerenciales y de asesoría.

7. Participación significativa de los psicólogos en la docencia médica de pre y postgrado.

La actividad que desempeñan los profesionales de la Psicología de la Salud “atraviesa” el sistema de salud en sus dos ejes: vertical (está presente en los diferentes niveles de atención) y horizontal (en un mismo nivel, interactúa con todos los servicios y una gran cantidad de especialidades médicas).

Esta actividad se desarrolla con personas que se encuentran en cualquier etapa de la vida, abarcando la prenatal, la infancia, la adolescencia, la juventud, la adultez, la vejez y la senectud, así como pacientes al final de su existencia. Los escenarios son diversos, abarcando cualquier nivel de atención, así tenemos policlínicas, hospitales generales, clínico-quirúrgicos, pediátricos, gineco-obstétricos y materno-Infantiles, hospitales especializados (psiquiátricos, oncológicos y otros), institutos y centros de Investigación, centros o instituciones comunitarias de salud mental, instituciones geriátricas de internamiento total o parcial y otras especializadas para personas con discapacidad. Igualmente en centros de promoción y prevención, e instituciones de trabajo epidemiológico. (Propuesta de Programa de Desarrollo de la Especialidad de Psicología de la Salud, 2020-2025)

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud cuenta con más de 3,500 psicólogos de la salud, con una creciente demanda de servicios integrados a los equipos multidisciplinarios en las diferentes instituciones salubristas a lo largo de todo el país, lo que ha representado una fortaleza en el enfrentamiento a la pandemia.

PARTICIPACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LAS ESTRATEGIAS DE TRABAJO FRENTE A LA COVID-19

Un mes después de que la OMS (2020a) declarara el brote de la enfermedad por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 como una emergencia de salud pública de importancia internacional, confirmando la existencia de alto riesgo de diseminación de la enfermedad a otros países, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, su Director General, declaró la existencia de tres prioridades (OMS, 2020b): primero, todos los países

deben priorizar la protección de los trabajadores de la salud; en segundo lugar, se debe involucrar a las comunidades para proteger a las personas con mayor riesgo de enfermedades graves, en particular los ancianos y las personas con afecciones de salud subyacentes, y tercero, proteger a los países más vulnerables, haciendo todo lo posible para contener la epidemia en los países con capacidad para hacerlo.

Hoy en día, las cifras de contagiados y fallecidos son alarmantes, trasladándose el epicentro de la enfermedad desde China a Europa y en la actualidad a Las Américas, centrándose en E.E.U.U. y en países latinoamericanos como Brasil, Perú, Chile, Colombia, Ecuador, México y otros. La situación de la pandemia en Cuba hasta la fecha en que se escribe el presente texto (27 de julio 2020) es la siguiente: se reportan un total de 2532 casos confirmados a partir del primer caso diagnosticado el 11 de marzo, de los cuales se han recuperado 2351. Han fallecido 87 pacientes y no se han reportado fallecidos en edades pediátricas ni en profesionales de la salud. Estos resultados muestran la efectividad de las estrategias desarrolladas en el país, en las que han estado involucrados todas las estructuras estatales, como primera prioridad de la dirección del país y una convocatoria participativa y cohesionada de todas las instituciones y organizaciones de la comunidad.

Desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, una epidemia de tal magnitud implica una perturbación psicosocial que puede exceder la capacidad de adaptación de la población afectada; toda la población sufre tensiones y angustias en mayor o menor medida. Algunos reportes de la OMS estiman un incremento de la incidencia de trastornos psíquicos (entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta podrá sufrir alguna manifestación psicopatológica, de acuerdo a la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad). Aunque debe destacarse que no todos los problemas psicológicos y sociales que se presentan pueden calificarse como enfermedades; la mayoría son reacciones normales ante una situación anormal, es decir, trastornos adaptativos fundamentalmente de ansiedad y depresión con el miedo como componente fundamental, no solo frente al temor al contagio, sino a varias consecuencias derivadas del impacto de la COVID en disímiles facetas de la vida.

Esta situación ha generado, además de manifestaciones de estrés en la población en general, cambios en el estado emocional de profesionales de la salud y el personal de apoyo que atienden esta contingencia sin precedentes, de ahí la preocupación expresada del Departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias de la OMS (OPS/OMS, 2009), la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS, 2020a,b), la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2020), respecto a atender la salud mental de la población y de forma particular de los trabajadores sanitarios que resultan clave en la atención a los afectados por la COVID-19.

Los efectos de la pandemia por la COVID-19 sobre la salud mental son variados, de creciente magnitud, ocurren en múltiples niveles: personal, familiar, comunitario e institucional y afectan la capacidad de desenvolvimiento en la vida cotidiana, desde la actividad laboral o de estudios, hasta la propia sobrevivencia. En cada nivel el impacto tiene componentes y dinámicas distintas, por lo que requiere de estrategias específicas (Brooks et al., 2020; Urzua et al, 2020; Dong & Bouey, 2020; Grau et al, 2020).

La experiencia adquirida demuestra que los planes y programas de salud mental no deben limitarse a ampliar y mejorar los servicios especializados que se ofrecen de manera directa a los afectados, sino que es necesario desplegar la visión hacia un campo de competencias mucho más amplio que contemple: a. Ayuda humanitaria y social; b. Consejería a la población y grupos de riesgo, y, c. Comunicación social (comunicación de riesgos).

Asimismo, se ha previsto la necesidad de la recuperación psicosocial a mediano y largo plazo. En el programa de atención psicosocial y de salud mental concebido por la Sección de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública cubano, se ha considerado distinguir tres momentos de la atención: antes, durante y después y en los grupos de población: supuestamente sanos, con algún riesgo o vulnerabilidad (infantes, adolescentes, embarazadas y adultos mayores), personas con padecimiento de alguna enfermedad crónica y mental, personas hospitalizadas (sospechosas de padecer la enfermedad y enfermos con el virus del SARS-CoV-2) y los trabajadores sanitarios (MINSAP, 2020).

Los profesionales de la salud tienen que afrontar una alta presión social, incluyendo la alta probabilidad de contraer la infección si usan inadecuadamente las formas de protección de que disponen o incumplen las normas sobre bio-seguridad. La sobrecarga, el aislamiento, la demanda urgente de soluciones complejas, los pacientes cargados de emociones descontroladas, el aislamiento de sus familiares y de las propias redes sociales, son otros de los estresores a los que son sometidos y que les pueden llevar al agotamiento (Kang et al, 2020; Highfield et al, 2020; Chen et al, 2020). Entre los múltiples riesgos psicosociales, algunos a los que se ven expuestos los trabajadores de la salud son: el estrés laboral, el desgaste profesional o burnout, el estrés post-traumático secundario expresado como desgaste compasional y el conflicto trabajo-familia, además de una posible estigmatización por la población al conocer que han estado en contacto con sospechosos o confirmados (Moreno-Jiménez et al, 2013; Arrogante y Aparicio-Zaldívar, 2019; Brooks et al, 2020).

Los efectos de la exposición a tales estresores psicosociales, podrían ser no solo transitorios, de corta duración, sino que también podrían tener un efecto duradero en su bienestar general. Por lo tanto, proteger la salud mental de estos trabajadores sanitarios es importante para controlar la epidemia y su propia salud a largo plazo.

En Cuba existe voluntad política por elevar la calidad del servicio que se brinda, el cumplimiento de la ética médica, la satisfacción de la población, así como el mejoramiento de las condiciones de trabajo y la atención al personal de la salud. Por esta razón, para el Ministerio de Salud Pública cubano, constituye una prioridad garantizar la salud de la población y hacerlo con calidad. En este sentido, se ha propuesto aplicar un Plan Nacional de enfrentamiento, para responder con efectividad a la pandemia; estructurado en acciones que favorezcan minimizar los riesgos y vulnerabilidades, incrementando el rol de los factores protectores y de la resiliencia con un enfoque preventivo-promocional-educativo, de atención al daño y de rehabilitación, desde los diferentes niveles de atención, con el fin de disminuir el impacto de esta emergencia sanitaria en la salud mental de la población cubana. De ahí que, partiendo de las prioridades de lucha contra la COVID-19 y del plan elaborado por el Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP, 2020a), fuera necesario priorizar la salud mental en el *Plan nacional de enfrentamiento a la COVID-19* (MINSAP, 2020b),

vinculado con estrategias de salud mental y emergencias (Lineamientos para la Salud Mental en situaciones de Desastres) ya existentes (MINSAP, 2008).

En tal sentido, se conformó un Grupo de Trabajo interdisciplinario e intersectorial, constituido por expertos de salud mental y situaciones de emergencias y desastres del MINSAP, los Servicios Médicos de las Fuerzas Armadas (FAR), la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), el Consejo de Ciencias Sociales del Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente (CITMA), el Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (INSAT), CINESOFT, la Facultad de Comunicación Social de la Universidad de la Habana, y los grupos nacionales de Psicología de la Salud, Psiquiatría y Psiquiatría Infanto-Juvenil del MINSAP, así como las sociedades de Psicología de la Salud, Psicología y Psiquiatría, con el objetivo de diseñar, implementar y monitorear el programa para la prevención y atención de los riesgos psicosociales en la población y trabajadores de la salud ante la emergencia por la pandemia de la COVID-19 y disminuir su impacto sobre la salud mental de la población cubana y los trabajadores sanitarios, favoreciendo estilos de afrontamiento adaptativos y la resiliencia personal, mediante acciones de prevención, atención, recuperación y rehabilitación.

En la elaboración de este programa se trabajó en la revisión documental de los instrumentos normativos de organismos internacionales como la OMS y la OPS y documentos del Ministerio de Salud Pública de Cuba, los Lineamientos para la Salud Mental en situaciones de Desastres del MINSAP, el Plan Nacional de Enfrentamiento a Desastres y diversas Guías, artículos y materiales de trabajo (Kang et al, 2020; Dong & Bouey, 2020; Urzúa et al, 2020; Highfield et al, 2020; Chen et al, 2020; Alarcón et al, 2020; Brooks et al, 2020; OPS, 2020a,b; Grau et al, 2020). Además se analizaron resultados de investigaciones sobre la temática de servicios en bases de datos incluidas en los servicios de Scielo Cuba y Regional. A su vez se consultaron el repositorio de Tesis Doctorales, del programa de la Maestría en Psicología de la Salud, Psiquiatría Comunitaria, Salud y Desastres y el de Doctorados en Ciencias de la Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública. Se revisaron las declaraciones conjuntas del Grupo Nacional de Psicología del MINSAP y la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud, así como las declaraciones de la Sociedades Cubanas de Psicología de la Salud, de Psiquiatría y de la Sociedad Cubana de Psicología.

PROGRAMA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN CUBANA, PERSONAL SANITARIO Y DE APOYO ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Este programa (MINSAP, 2020) partió de las siguientes premisas:

- Voluntad política y organización social.

- Acción coordinada del Estado cubano para hacer frente a la pandemia de la COVID-19 (Plan Nacional).

- Organización del Sistema de Salud Pública cubano basado en el modelo de Atención Primaria de Salud (APS), en la Red de servicios especializados en Salud Mental (Departamentos de Salud Mental, Servicios de Psiquiatría en Hospitales Generales, Clínico - quirúrgicos y Pediátricos) y Hospitales Psiquiátricos.

- Disponibilidad de recursos humanos especializados capacitados en la atención de la Salud Mental en Situación de Emergencias y desastres.

- Trabajo intersectorial y con participación comunitaria.

Para el diseño del Programa se consideraron las fases epidemiológicas establecidas en el Plan Nacional:

ACCIONES REALIZADAS DURANTE LA ETAPA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Revisión de la base documental de la memoria histórica referente a las emergencias sanitarias desde lo local, nacional e internacional, fundamentalmente de tipo epidemiológica, como el manejo sanitario ante el Dengue hemorrágico, el Virus de Inmunodeficiencia humana, el Síndrome respiratorio agudo

severo y Síndrome Respiratorio del Medio Oriente; considerando que independientemente del origen del virus y los tratamientos médicos, la prevención, la propagación de la enfermedad, el enfrentamiento y la adherencia al tratamiento involucran al comportamiento humano.

- Actualización del Análisis de la situación de salud (a nivel psicosocial comunitario y de Salud mental), de cada territorio y su plan de acción considerando las diversas manifestaciones en respuesta ante la emergencia sanitaria y su impacto en lo individual, familiar y comunitario.

- Identificación de los factores de riesgo y vulnerabilidades, así como de los factores protectores y la resiliencia en cada uno de los tipos de emergencias y desastres que han acontecido en el país y pueden ocurrir desde lo individual, familiar y comunitario.

- Identificación de los recursos humanos e institucionales capacitados para el manejo de las situaciones de emergencia sanitaria, dentro del Sistema Nacional de Salud, así como los que serán necesarios formar para contar con la máxima capacidad de respuesta desde lo individual, familiar y comunitario en las siguientes etapas.

- Identificación de las principales líneas de mensajes breves de apoyo a la población que podrían utilizarse en los medios masivos de comunicación, y confección de una estrategia para mensajes más largos a través de una serie de comparecencias televisivas de psicólogos y expertos en determinadas temáticas.

- Previsión de las necesidades de productos farmacéuticos, estupefacientes, psicotrópicos y sustancias de efecto similar u otros que pueden ser utilizadas en la atención médica y especializada a personas con alteraciones biopsicosociales de mayor envergadura a consecuencia (directa e indirecta) de la emergencia sanitaria, y/o en casos de las complicaciones propias de los trastornos mentales que existen en cada uno de los grupos poblacionales y en nuestras comunidades.

- Identificación de las principales técnicas de relajación y otros procedimientos para el control del estrés y las emociones, que podrían ponerse en ejecución, tanto por la población, como por los trabajadores de la salud.
-

- Actualización de los protocolos de tratamiento y manejo de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y desastres.

ACCIONES REALIZADAS DURANTE LA FASE PRE EPIDÉMICA

- Actualización e implementación de la estrategia de comunicación de riesgo por *PROSALUD* (Centro Nacional de Promoción de Salud) de conjunto con *Facultad de comunicación social/Universidad de la Habana*, *CINESOFT*, los medios de difusión masiva y los Grupos Nacionales de Psicología de la Salud, Psiquiatría, y Psiquiatría infanto-juvenil del MINSAP.
-

- Capacitación actualizada a los equipos de salud mental y profesionales de la APS sobre el tema.
-

- Implementación de las principales líneas de mensajes breves de apoyo a la población que podrían utilizarse en los medios masivos de comunicación, también se ejecutó una estrategia para transmitir mensajes a través de una serie de comparecencias televisivas de psicólogos y expertos en determinadas temáticas.
-

- Organización de los servicios de salud mental para una adecuada respuesta ante la emergencia, en especial formación de equipos multidisciplinarios para realizar la intervención en crisis y ampliación de los servicios de consejería.
-

- Capacitación a todo el personal de los servicios de salud para ofrecer la Primera Ayuda Psicológica (PAP) a las personas con un elevado grado de sufrimiento, luego de una exposición a estresores intensos.

- Coordinación interinstitucional, con la finalidad de crear redes de trabajo que permitan una mejor respuesta ante la nueva situación sanitaria.

ACCIONES REALIZADAS DURANTE LA FASE DE TRASMISIÓN AUTÓCTONA LIMITADA

- Emplear la comunicación de riesgo dirigida a prevenir, concientizar y/o modificar *hábitos o comportamientos* de la población ante la situación de emergencia sanitaria creada por la pandemia, mediante un enfoque interdisciplinario e intersectorial.

-
- Garantizar la cobertura asistencial por los equipos de salud mental en la red de servicios para la atención personalizada a: la población en general, los pacientes sospechosos de padecer la enfermedad o contactos de enfermos con la COVID-19, pacientes hospitalizados con COVID-19; grupos vulnerables (infantes, embarazadas, adultos mayores, personas con trastornos crónicos y de la salud mental) y personal sanitario y de apoyo.

-
- Reorganizar los servicios para la atención a la Salud Mental de manera conjunta con los Servicios médicos de las FAR, para garantizar la respuesta del sector a la emergencia sanitaria por la COVID-19.

-
- Elaborar el protocolo para la atención psicosocial a la población según estado de salud, (actualizado para la etapa de convalecencia).

-
- Realizar las intervenciones por los equipos de salud mental de manera estratificada en los grupos de riesgo y personas vulnerables en instituciones de salud, educacionales y sociales, entre otras.

-
- Ampliar el servicio de Consejería Telefónica (103), para brindar atención psicosocial y apoyo psicológico a la población las 24 horas, mediante intervención con el uso de la tele-psicología.

- Implementar el programa y los protocolos de apoyo psicosocial a los trabajadores de la salud, que brindan servicios en los hospitales para la atención a las personas con COVID-19. (disponibles en forma de APK para telefonía móvil y PC).

- El Grupo Nacional de Psicología de la Salud y la Sección de Salud mental de conjunto con *CINESOFT* diseñaron, validaron e implementaron un paquete conocido como “mochi-mente” con 15 manuales a manera de materiales audiovisuales con mensajes útiles para el autocuidado y el bienestar emocional y de apoyo para realizar la consejería por vía telefónica, con amplia divulgación por la red virtual de Infomed.

- Diseñar un sistema de intercambio con los profesionales de las Brigadas Médicas “Henry Reeve”, que incluyen la disponibilidad de herramientas para su capacitación, apoyo y auto-cuidado.

- Realizar una evaluación para identificar estresores médicos, sobrecarga emocional; ansiedad y depresión; percepción de estrés; desgaste profesional; satisfacción con ayudar y comunicación e información en los profesionales sanitarios y el personal de apoyo que hacen frente a la contingencia por la COVID-19.

- Diseñar una investigación sobre las repercusiones neuro-psiquiátricas en la población cubana convaleciente de COVID-19 (en fase de implementación).

El siguiente Organigrama recoge los aspectos esenciales del abordaje psicosocial y de Salud Mental durante la pandemia en los distintos niveles de atención del sistema Nacional de Salud (Ver figura # 2). El esquema de la figura # 3 muestra el diagrama de flujo para la atención psicológica a pacientes confirmados.

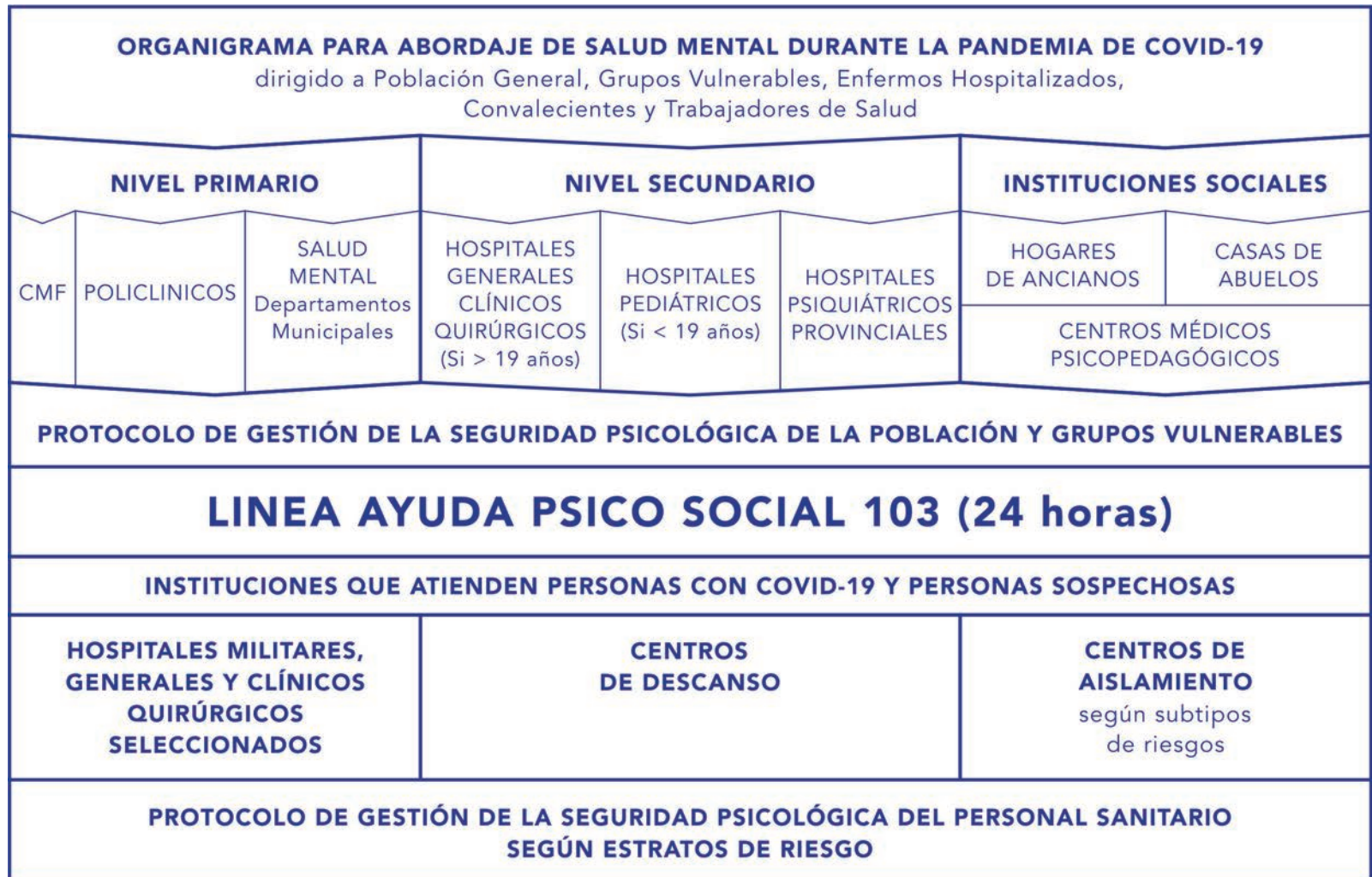


Figura # 2. Organigrama que recoge los aspectos esenciales del abordaje psicosocial y de Salud Mental durante la pandemia en los distintos niveles de atención

DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA			
ACTUACIÓN DEL PSICÓLOGO			
ATENCIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO			COLABORACIÓN EN EQUIPO
PROFESIONALES DE LA SALUD COLABORADORES	ZONA ROJA	PACIENTES (sospechosos y confirmados)	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo en la confección de la encuesta epidemiológica. - Manejo de pacientes con discapacidad intelectual, cognitiva o psicosocial. - Apoyo al personal médico y paramédico, así como a pacientes y familiares al ingreso, durante el tratamiento, ante la gravedad o el fallecimiento.
<p>CUARENTENA Mantener contacto telefónico para conocer sus necesidades y estado psicológico. En caso de ser necesario, acudir al centro de cuarentena para realizar consulta de apoyo psicológico.</p>	<p>PASE DE VISITA TELEFÓNICO DIARIO / Conocer necesidades. / Motivar. / Brindar apoyo. / Responder sus dudas. / Brindar acompañamiento en el proceso salud-enfermedad.</p>		
	<p>EL EQUIPO DE APOYO PSICOLÓGICO DEBE ESTAR ALERTA PARA DETECTAR CUALQUIER SEÑAL DE ALARMA TANTO DEL PERSONAL DE SALUD, ASÍ COMO LOS PACIENTES Y FAMILIARES PARA ACTUAR DE FORMA INMEDIATA.</p>		
	<p>SI SE DETECTA ALGUNA SEÑAL DE ALARMA</p>		
<p>LEVE: SE SIGUEN LAS PAUTAS ESTABLECIDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contención emocional - Orientación para fortalecer recursos personales específicos - Pautas de autocuidado 		<p>RELEVANTE: SE SIGUEN LAS PAUTAS ESTABLECIDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se brinda la primera ayuda psicológica 	
		<p>SE REALIZA LA TOMA DE DECISIONES DE FORMA COLEGIADA SOBRE LAS ACCIONES A TOMAR CON RESPECTO AL CASO (ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA, ALEJAR DEL TRABAJO, ENTRE OTRAS).</p>	

Figura # 3. Diagrama de flujo para la atención psicológica a pacientes confirmados.

En esta etapa se considera importante que los médicos y otros trabajadores de la salud que se encuentran en la primera línea de atención a los enfermos en los hospitales, estén capacitados en aspectos mínimos, esenciales, para la comunicación de malas noticias a familiares por vía telefónica, lo cual plantea el reto de nuevas circunstancias al comunicar el fallecimiento de un paciente. Por tanto, deben estar entrenados en las primeras acciones de apoyo durante el duelo temprano, al recibir los familiares la noticia de la pérdida de su ser querido.

Hay que tener en cuenta que el duelo ante las pérdidas por COVID-19 tiene características que son realmente especiales. Ni hay suficiente tiempo para elaborar un duelo anticipatorio como sucede ante las enfermedades crónicas de larga duración ni tampoco se trata del manejo ante casos de muerte súbita (Grau, Victoria, Vargas, 2015). Obviamente, una serie de características generales del duelo pueden ser aplicadas. Pero las pérdidas múltiples que puede haber en quienes han perdido a familiares (y no solo por muertes, sino por pérdidas del trabajo y otras), la ambigüedad y el hecho de que los profesionales que están en “la zona roja” deben comunicar las malas noticias y tener un mínimo de conocimientos sobre las etapas del duelo temprano, al tener que contactar –por lo general por teléfono- con los familiares, la estigmatización que está asociada a posible contagio propio o de otras personas alrededor, la falta de apoyo social suficiente y la frecuente ausencia de rituales de despedida por las condiciones restrictivas en que tienen que sucederse las cosas después de la muerte, todo tiene que ver con la elaboración de los duelos ante pérdidas por COVID-19. A esto se le suman posibles crisis familiares y a veces la ausencia de comunicación fluida, siquiera por teléfono con sus familiares internados, todo esto hace que el duelo ante el COVID-19 ofrezca características muy específicas.

Por otra parte, están las consecuencias del estrés en el trabajo y el desgaste de los profesionales que los atienden y de todos los que, sin ser médicos directamente trabajando en unidades de cuidados intensivos, están alrededor de un paciente: enfermeras, socorristas y ambulancieros y bomberos, fuerzas del orden, hasta psicólogos. La consecuencia quizás no sea siempre el síndrome de burnout, por cuanto este “desgaste profesional” se produce por un largo período de tiempo involucrado en situaciones asistenciales de alta demanda, muy estresantes, ante las cuales no se pueden generar los afrontamientos adecuados. El burnout

se produce por interacción entre características personales de los profesionales y ciertas características del trabajo organizacional (en la institución). Probablemente, los médicos y enfermeras que trabajen en cuidados intensivos con estos pacientes por 2-3 meses no hayan desarrollado burnout, pero es posible que se creen las condiciones para su futuro desarrollo (por lo cual hay que prevenirlo) o si ya lo tenían desde antes, puede incrementarse y hay que controlarlo de alguna manera.

Quizás la mayor afectación que tienen estos profesionales de la “zona roja” sea la fatiga física y, muy en especial, la fatiga por compasión o desgaste compasional, cuando deben involucrarse empáticamente en los problemas de sus pacientes a quienes atienden por un corto período de tiempo, pero no están preparados para desarrollar mecanismos de auto-regulación que permitan implementar lo que se ha llamado como cierta “empatía” compensatoria de la imprescindible empatía, que no se trata de despersonalización ni de distanciamiento del paciente, sino de un equilibrio con auto-regulación emocional.

Esta compasión o sentimiento de profunda empatía y pena por el otro que está sufriendo, se acompaña de un fuerte deseo de aliviar el dolor y el sufrimiento de los pacientes y resolver sus causas, lo que no siempre es posible. Es frecuente en voluntarios que no tienen las competencias necesarias, en familiares de enfermos, y también, puntualmente, en algunos profesionales que, sin tener burnout, se “encariñan” excesivamente con algún enfermo, lo cual a menudo es inevitable en estas condiciones. En consecuencia, el duelo en tiempos de COVID-19 debería considerar no solo a los familiares del fallecido, sino a los profesionales y personal para-médico y de apoyo que conoció al paciente y puede desarrollar, por una motivación intensa, por un compromiso noble, por un empeño mantenido (como sucede en los médicos cubanos que han atendido a nuestros conciudadanos y en otros lugares del mundo) un efecto de “fatiga por compasión”, quizás más que de burnout, que es más corrosivo, prolongado en el tiempo y difícil de manejar. Esto hace más específico aún el manejo del duelo en tiempos de COVID, donde todos los que atienden al enfermo deben conocer elementos básicos de duelo temprano y saber derivar si el manejo de este tipo de duelos se va complicando, con seguimiento en atención primaria de salud (Victoria, Grau e Infante, 2014; Alarcón et al, 2020; Gallo, Laca y Adame, 2020; Sanfelices, 2020).

ACCIONES PARA LA FASE DE RECUPERACIÓN TRAS EL IMPACTO INICIAL DE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR LA COVID-19

- Continuar garantizando la atención médica especializada acorde a las medidas higiénico–sanitarias.

- Asesorar a las autoridades sobre cómo organizar y adecuar el proceso paulatino del regreso a la etapa de recuperación en sus diferentes fases, manteniendo la percepción de riesgo y las conductas preventivas (uso de nasobuco, distanciamiento físico, no aglomeración, lavado de manos con agua y jabón e hipoclorito, etc.).

- Actualizar el análisis de la Situación de Salud, conforme al impacto de la COVID-19 en cada localidad y el correspondiente Plan de medidas.

- Mantener el control y seguimiento de manera personalizada de las personas dispensarizadas por Salud Mental.

- Mantener la actualización de los protocolos en el manejo de las personas convalecientes de COVID-19.

- Garantizar el apoyo psicológico continuado a los familiares de los fallecidos por la COVID-19, a fin de facilitar el desarrollo normal de etapas más avanzadas del proceso de duelo.

- Brindar seguimiento en la atención de manera personalizada a los trabajadores de la Salud y personal de apoyo con secuelas por la labor de contención a la pandemia.

- Organizar de manera escalonada los horarios de las consultas de psiquiatría, psicología y psicometría con el fin de evitar aglomeraciones de pacientes y conservar el distanciamiento físico necesario.

- Comenzar de manera gradual y cumpliendo las medidas higiénico sanitarias el funcionamiento de los Grupos Psicoterapéuticos y los Grupos de Ayuda Mutua de Alcohólicos Anónimos.

- Reiniciar de manera gradual la modalidad de atención mediante el funcionamiento de la hospitalización parcial diurna e incrementar la modalidad de las Clínicas Anti-estrés.

- Garantizar el seguimiento personalizado de las personas institucionalizadas en Hogares de Ancianos, Centros Médicos Psicopedagógicos e instituciones educativas.

- Analizar los resultados de las investigaciones diseñadas para identificar los riesgos psicosociales en el personal de salud y de apoyo y sobre las repercusiones neuro-psiquiátricas en la población cubana convaleciente de COVID-19, y diseñar e implementar programas de intervención psicosocial.

Por la importancia que ha tenido la comunicación social dentro de las estrategias desarrolladas ante la pandemia en cada una de sus etapas y la participación destacada de los psicólogos en su concepción, programación e implementación, se hace referencia de manera particular a la misma. De forma resumida se expresan las acciones más importantes:

1. Asesoramiento en elaboración de los mensajes dirigidos a elevar la percepción de riesgo, estimular el autocuidado y la responsabilidad con la salud.

2. Comparecencia en programas televisivos y radiales. Los temas propuestos se fueron adaptando a las etapas de la epidemia.

- a. Se creó un espacio en el Programa "Buenos días" de la Televisión Cubana con alcance nacional e internacional, donde el Grupo Nacional de Psicología del MINSAP organizó la participación de destacados psicólogos que desarrollaron diferentes temas como: la Psicología de la Salud en el

enfrentamiento a la COVID-19, la investigación psicosocial en tiempos de la COVID-19, la comunicación y el apoyo en la batalla con la COVID-19, la atención a la familia en tiempos de COVID-19, la responsabilidad y otros valores en el enfrentamiento al coronavirus, la atención a grupos vulnerables específicos: enfermos crónicos, adultos mayores, niños y jóvenes, experiencias de atención psicológica en la ciudad de La Habana y en otras provincias, la atención a gestantes, el estrés y su manejo en el retorno a la normalidad, autocuidado y percepción de riesgo en el retorno a la normalidad, convivencia familiar durante el retorno a la normalidad, preparación en el retorno a la normalidad de la población infanto-juvenil, resiliencia en el ámbito escolar, adicciones en tiempos de COVID-19 y la respuesta de los jóvenes al cese del confinamiento, entre otros, a cargo de profesores y reconocidos expertos.

b. Comparecencia posterior a la conferencia de prensa diaria del Dr. Francisco Durán, Director Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública. Temas tratados: La percepción de riesgo y factores asociados durante las etapas de retorno a la normalidad y conductas de autocuidado.

c. Participación en programa seriado "Caminos", donde se brindaron orientaciones a la familia y técnicas para el control del estrés (relajación y respiración).

d. Cápsulas televisivas "Psicología con Cuba", que fueron insertadas en el programa "Al mediodía", auspiciado por la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana.

e. Participación en la programación de un canal especial para los profesionales que se encontraban prestando servicios en la Zona Roja.

f. Presencia de destacados profesionales de la Psicología de la Salud en el programa radial "Valientes" de amplia tele-audiencia.

g. Participación de psicólogos en los telecentros y emisoras radiales provinciales y municipales, así como en la preparación de materiales didácticos y de orientación para ser colgados en los portales gubernamentales de las provincias, universidades y ministerios, así como la realización de reportajes y la preparación de artículos para la prensa escrita. Transmisiones con el presidente de la SCPS a través de Streaming Cuba para las redes sociales en los canales YouTube, Instagram y Facebook, todas las semanas a través de Lia Videos

h. Actualización de la página web de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud (SCPS), con diversos materiales referidos a la atención psicológica en tiempos de COVID-19, reflejando el trabajo de todos los capítulos provinciales ante la pandemia. Elemento de importancia es el haber propiciado su conectividad e intercambio con instituciones homólogas como APA, SIP, CANPA, IUPsyS, ULAPSI, ALAPSA, el Colegio General de Psicólogos de España y la British Psychological Society, compartiendo experiencias en temas de atención psicológica por efectos de la COVID-19. (<https://instituciones.sld,cu/psicologiadelasalud/>)

i. La SCPS forma parte de la Lista COVIDRESOURCE y del Grupo Global Leadership against COVID-19.

j. Reportajes sobre la participación de los psicólogos en intervenciones realizadas con enfermos hospitalizados y gestantes, acompañamiento a la familia, instituciones geriátricas y hogares maternos.

En el momento que se escribe este trabajo, se ha diseñado una estrategia de 20 temáticas para comparecencias en diversos programas televisivos y radiales durante los próximos dos meses, centrados en la actual etapa de recuperación.

3. Atención psicológica a distancia (tele-psicología) a través de diversas líneas de whatsapp con temáticas especializadas, a cargo de reconocidos profesores de la Facultad de Psicología de la Universidad

de La Habana, así como de otras facultades de las Universidades de Ciencias Médicas del país. De igual forma, en el mes de abril se abrió la línea 103 de alcance nacional y por 24 horas, con participación de psicólogos de la ciudad de La Habana y del Centro de Promoción y Prevención de Salud (PROSALUD). A través de esta modalidad de atención, reconocida por la APA (2013) se han atendido miles de llamadas de personas de todo el país, evacuándose dudas y temores y ofreciendo consejería oportuna y adecuada.

4. Elaboración de materiales comunicativos en diferentes formatos.

a. APK con orientaciones dirigidas al manejo del estrés, la familia, evaluación del autocuidado, preparación para el confinamiento, la cuarentena y etapas posteriores, entre otros.

b. Conjunto de manuales de orientación psicológica dirigidos a grupos poblacionales y con temas de interés general para el afrontamiento a la COVID-19, conocida como “Mochila de manuales de Apoyo Psicológico frente a la COVID-19” (Infante, 2020).

c. Elaboración de materiales didácticos de apoyo a la población para la etapa de recuperación.

d. En coordinación con el Ministerio de Educación, elaboración de materiales para orientación y acompañamiento a maestros y familiares en el retorno de niños y adolescentes a la actividad escolar.

Durante todas las etapas de la pandemia es importante considerar el papel que puede jugar la investigación psicosocial, adecuadamente diseñada y en la búsqueda de resultados lo más rápidamente posible, para encontrar respuesta a una serie de interrogantes que han sido planteadas por diversos autores, teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad nueva y que impacta globalmente en la vida personal, familiar, económica, cultural y social.

LA INVESTIGACIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN TIEMPOS DE COVID-19 EN CUBA

Como ya se ha señalado, los efectos de la pandemia por la COVID-19, sobre la salud mental son variados, de creciente magnitud, ocurren en múltiples niveles: *personal, familiar, comunitario e institucional* y afectan la capacidad de desenvolvimiento en la vida cotidiana, desde la actividad laboral o de estudios, hasta la propia sobrevivencia. En cada nivel, el impacto tiene componentes y dinámicas distintas, por lo que requiere no sólo de *estrategias específicas para su atención, sino también para su investigación.*

Junto con el diseño del Programa para el cuidado de la salud mental de la población cubana y personal sanitario y de apoyo ante la pandemia, elaborado por el Grupo de trabajo (ad hoc) creado para la atención a la salud mental desde el MINSAP, se les propuso a los equipos de Salud Mental, integrados por psicólogos de la salud, psiquiatras y personal de enfermería del Sistema Nacional de Salud en cada territorio, el desarrollo de investigaciones psicosociales y de salud mental, a partir de la consideración, de que la producción de nuevos conocimientos, su difusión y aplicación en la práctica, está en permanente interacción con condiciones y circunstancias que se presentan en la realidad objetiva.

La pandemia por el nuevo coronavirus SARS CoV-2, constituye una circunstancia de índole objetiva, que ha transformado el contexto natural de convivencia en otro de emergencia y ha impuesto un reto sin precedentes para todos sin excepción, de ahí la importancia de profundizar mediante la investigación científica en sus consecuencias, desde una perspectiva salubrista.

Indudablemente, la investigación es el camino para llegar a soluciones y estrategias eficaces que permitan incidir sobre la calidad de vida de las personas mediante acciones de promoción de salud, prevención de la enfermedad y el tratamiento y/o recuperación de la misma. La atención psicosocial y a la salud mental en situaciones de epidemias está basada en los mismos principios comunes que sustentan las actuaciones en desastres y otras emergencias humanitarias.

La investigación es una actividad central dentro de la ciencia, está en permanente cambio y expresa claramente esa interacción entre lo objetivo y lo subjetivo; la investigación en psicología de la salud, se ocupa del sensible tema de la esencialidad de lo humano y debe ser entendida en esa perspectiva.

Es significativo mencionar que esta situación de crisis y emergencia ha generado manifestaciones de estrés en la población en general y también en los profesionales de la salud y el personal de apoyo que atienden esta contingencia, de ahí la preocupación expresa de organizaciones internacionales y el MINSAP de atender la salud mental de la población y de forma particular la de los trabajadores sanitarios que resultan clave en la atención a los afectados por la COVID-19.

Equipos multidisciplinarios en cada una de las provincias han desarrollado las investigaciones, esencialmente a partir del trabajo con grupos vulnerables específicos (adultos mayores, personas con enfermedades crónicas, niños, adolescentes, jóvenes y gestantes), personas convalecientes de la COVID-19; la investigación de factores psicosociales relacionados con el impacto a corto, mediano y largo plazo de la epidemia en la vida familiar y social (manifestaciones de violencia intrafamiliar o de género); la identificación de emociones y/o recursos positivos o negativos de la personalidad como factores protectores o desencadenantes de estrés, la optimización de los procesos de comunicación y/o información, la comunicación de riesgos en situación de emergencia sanitaria, la comunicación de malas noticias y el seguimiento al duelo en quienes han perdido seres queridos, entre otros. Hasta el momento en que se redactó este trabajo habían sido reportadas 99 investigaciones en las áreas antes mencionadas.

Fueron concebidos varios proyectos nacionales para: identificar las secuelas de la COVID-19 en la población infantil, identificar manifestaciones psicopatológicas y neurológicas como secuelas de la COVID-19 en la población adulta, desarrollar un programa para la prevención y atención de los riesgos psicosociales en el personal sanitario en situación de emergencia y conocer indicadores de adicción y suicidio en períodos de la epidemia, todos se encuentran en ejecución y sus resultados se van discutiendo periódicamente con directivos del MINSAP, de la Academia de Ciencias de Cuba y del Ministerio

de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente, profesores de la Universidad de La Habana y expertos de otras instituciones.

Llama la atención, el desarrollo de investigaciones cuyo objetivo es la identificación de los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo del personal sanitario y de apoyo en la atención y contención de la pandemia por el nuevo coronavirus, de sus estados emocionales, recursos protectores y/o amortiguadores de las situaciones de estrés; así como el desarrollo de protocolos y estrategias encaminadas a garantizar la *seguridad psicológica* de este personal, tanto en la “zona roja” de los hospitales cubanos que atienden enfermos, como a los profesionales de las brigadas internacionalistas del contingente “Henry Reeve”. Las principales líneas temáticas se resumen en la figura # 4.

LINEAS TEMÁTICAS INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD MENTAL / PANDEMIA COVID-19.			
PARTICIPA: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, SERVICIOS MÉDICOS DE FAR Y EL MININT, ENSAP, INSAT, PROSALUD, ISDI, FCOM, CINESOFT, CONSEJO DE LAS CIENCIAS SOCIALES-CITMA			
COMUNICACIÓN Y SALUD MEDIOS		CONSEJERÍA / LÍNEA DE APOYO PSICOSOCIAL 103	
POBLACIÓN SANA Familia-Comunidad	POBLACIÓN EN RIESGO Grupos vulnerables / Adultos Mayores	ENFERMOS HOSPITALIZADOS	TRABAJADORES DE LA SALUD / BRIGADA HR (Centros de aislamiento / Zona Roja / Otros servicios y niveles de atención)
GÉNERO, VIOLENCIA, INTERSECTORIALIDAD, DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD			
El término <i>enfermos hospitalizados</i> , implica a los pacientes sospechosos por presentar algún tipo de sintomatología respiratoria (centros de aislamiento) y a los enfermos por la Covid-19, que se encuentren hospitalizados / recuperados.			

Figura # 4. Principales líneas temáticas de investigación en torno a la COVID-19.

En el mes de julio de 2020 se desarrolló el I Encuentro Virtual de Investigación Psicosocial y de Salud Mental COVID-19, Cuba 2020, el cual tuvo como objetivos:

Socializar los resultados de las investigaciones psicosociales y de salud mental desarrolladas en Cuba durante la pandemia por la COVID-19.

Proponer la generación de experiencias exitosas.

Aportar evidencias científicas para la toma de decisiones.

Los desafíos estratégicos de la investigación en salud, se asocian a la creación e impulso de políticas públicas saludables, intersectoriales, cuya finalidad sea crear entornos de “apoyo” que permitan a las personas y comunidades desarrollar una vida saludable. Desde esta perspectiva, los decisores políticos realizan y realizarán acciones dirigidas a solucionar los problemas vinculados a la salud de la población, su bienestar y calidad de vida; en este sentido, la acción comprometida de la Psicología de la Salud, es decisiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón, E., Prieto, P., Cabrera, C.E., Rey, P., García, N., Robles, M., Montejo, M., Vega, N. y Plaza, G. (2020). *Guía para las personas que sufren una pérdida en tiempos del coronavirus (COVID-19)*. Pautas elaboradas por profesionales especialistas en duelo y pérdidas del Master en intervención en trauma, pérdida y duelo, IPIR, Universidad de Barcelona (documento no publicado)

American Psychological Association. (2013). *Guidelines for the practice of telepsychology*. *American Psychologist*, 68(9): 791-800.

Arrogante, O., Aparicio-Zaldívar, E.G. (2019). Síndrome de burnout en los profesionales de cuidados intensivos: relaciones con la salud y el bienestar. *Enfermería intensiva* [Internet] junio 2019; [acceso 4 abril 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31253584>

Constitución de la República de Cuba (2019). *Gaceta Oficial de la República*. [acceso 2 abril 2020]. Disponible en: <https://www.parlamentocubano.gob.cu>

Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, Z. & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. 2020, feb: 15.-16. Published on line: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)

Díaz, J. (2006). *Psicología de la salud: su incorporación a la organización de la salud pública en Cuba*. [acceso 3 abril 2006]. Disponible en: <http://www.cursosparamedicos.com>

Díaz, J. y Casal, A. (1997). Health psychology in the primary health care system in Cuba. *The Canadian Health Psychologist*, 5(1), 11-13.

Dong, L. & Bouey, J. (2020). Public mental health crisis during COVID-19 pandemic, China. *Emerg Infect Dis*. [Internet] 07.2020 [acceso 4 abril 2020]; 26(7). Disponible en: <https://doi.org/10.3201/eid2607.200407>

Gallo, M., Llaca, C., Adamé Ma. J. (2020). Duelo por COVID. Guía de la Red Latinoamericana de Psicología Pediátrica y la Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México. [acceso 15 julio 2020]. Disponible en: <https://www.tooltoys.mx>

García Averastury, L. (1980). Psychology and Health Care in Cuba. *Am Psychologist*, 35: 1080-1090.

Grau, J. (1997). Psicología de la Salud: una perspectiva latinoamericana. *Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud*; 1(19): 6-19.

Grau, J., Infante, O. y Díaz, J. (2013). Psicología de la Salud en Cuba: apuntes históricos y proyecciones para los inicios del siglo XXI. Capítulo de un número monográfico de la Revista Pensamiento Psicológico acerca de la Psicología de la Salud en diversos países.

Grau, J., Infante, O., Hernández, L. y Cobián, A. (2020). La Psicología ante la COVID-19. *Avances Médicos*, junio 2020: 15-17. [Internet] [acceso 20 de junio 2020]. Disponible en: <https://www.prensa-latina.cu>

Grau, J., Victoria, C.R., Vargas, E. (2014). *Perder, sufrir y seguir: el manejo del duelo*. Guadalajara: UNIDAPSA.

Hernández, E. y Grau, J. (Eds.) (2005). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

Highfield, J., Johnston, E., Jones, T., Kinman, G., Maunder, R., Monaghan, L., Murphy, D., Rao, A., Scales, K., Tehrani, N. & West, M. (2020). The psychological needs of Healthcare staff as a result of the Coronavirus pandemic. Guide for leaders and managers of healthcare services, British Psychological Society COVID-19 Staff Wellbeing Group, Leicester, UK: 1-5, Published in: www.bps.org.uk

Infante, O. (2020). Manuales Mochila COVID-19 Apoyo Psicológico frente a la pandemia. Ministerio de salud Pública de Cuba, Sociedad Cubana de Psicología de la Salud -Sección Salud Mental, Grupo Nacional de Psicología del MIN-SAP. Cuba. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/psicologiadelasalud/2020/05/24/mochila-COVID-19/>

Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Xiang Yang, B., et al. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*. [Internet] 03.2020 [acceso 4 abril 2020]. Disponible en: <https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366%2820%2930047-X.pdf>

MINSAP (2008). Lineamientos de la salud mental en situaciones de catástrofes. [Internet] [acceso 4 abril 2020]. Disponible en: <http://www.alfepsi.org/lineamientos-para-la-salud-mental-en-desastres-en-cuba/>

MINSAP (2020a). Protocolo de actuación nacional para la COVID-19. [Internet] 2020 [acceso 2 abril 2020]; Disponible en: https://files.sld.cu/editorhome/files/2020/05/MINSAP_Protocolo-de-Actuaci%C3%B3n-Nacional-para-la-COVID-19_versi%C3%B3n-1.4_mayo-2020.pdf

MINSAP (2020b). Programa para el cuidado de la salud mental de la población cubana, personal sanitario y de apoyo ante la pandemia de COVID-19. Documento de trabajo no publicado.

Morales, F. (1999). *Psicología de la Salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.

Moreno-Jiménez, B., Carmona-Cobo, I., Blanco-Donoso, L.M. y Lara, R.M. (2013). Trauma y trabajo: el estrés traumático secundario. En: *Salud laboral: riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 197-222). Madrid: Pirámide.

OMS. (2020a). Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19. [Internet] 11.03.2020(a). [acceso 2 abril 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>

OMS (2020b). Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19. [Internet] 01.04.2020b [acceso 2 abril 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---1-april-2020>

OPS (2020a). Departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. [Internet] 2020 [acceso 2 abril 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-COVID-19>

OPS. (2020b). Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19 (Guía). OPS, 1-7.

OPS/OMS (2009). Departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias. Protección de la Salud Mental en Situaciones de Epidemias. [Internet] [acceso 12 abril 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>

OIT. (2020). COVID-19: Proteger a los trabajadores en el lugar de trabajo. Cinco formas de proteger al personal de salud durante la crisis del COVID-19. [Internet] 2020 [acceso 2 abril 2020]. Disponible en: https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_740405/lang--es/index.htm

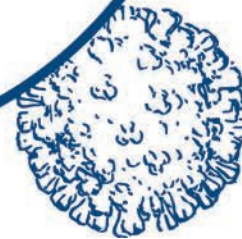
Propuesta de Programa de Desarrollo de la Especialidad de Psicología de la Salud 2020-2025. (2020). Documento no publicado, elaborado por el Grupo Nacional de Psicología del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Sanfelices, Ma. P. (coord.) (2020). Recomendaciones y guía de acompañamiento frente a duelos por COVID-19. Material preparado por la Mesa Social de Salud Mental y Bienestar Psicosocial. Un aporte de las Universidades del país frente a la pandemia del COVID-19. MIDAP-CUIDA, Escuela de Psicología, Universidad Central de Chile.

Sistema Nacional de Salud en Cuba (2020). [acceso 4 junio 2020]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu>

Urzúa, A., Vera-Villaruel, P., Caqueo-Úrizar, A., Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*, 38 (1): 103-118.

Victoria, C.R., Grau, J., Infante, O. (2014). Duelo y proceso salud-enfermedad en la atención primaria como escenario para su atención. *Rev Cub Med Gen Integr*; 30(1), marzo: 121-131.



CAPÍTULO V. PERSPECTIVA PSICOLÓGICA: APORTACIONES PARA PSICOLOGÍA DE SALUD SOBRE COVID-19 EN GUATEMALA

JUAN CRISTÓBAL ALDANA ALFARO

*Coordinador Académico Colectivo de Investigaciones Sociales y Laborales
y consejero por Guatemala en la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología*

SANDRA ELIZABETH LUNA SÁNCHEZ

Profesora Universidad Francisco Marroquín

CONTEXTO DE LA SALUD EN GUATEMALA

Guatemala es un país aún marcado por las desigualdades sociales, culturales, económicas y de género (PNUD 2018). Es un país con más del 45 % de su población constituido por pueblos originarios siendo el segundo país de Latinoamérica con estas características (Naciones Unidas, 2018).

De acuerdo al último censo del 2018 la población era de 17 millones de los cuales 8 millones son hombres y 9 millones mujeres (INE, Instituto Nacional de Estadísticas, 2018). Con los siguientes datos duros se podría decir que Guatemala es un país altamente desigual:

El PIB 2018 de Guatemala fue 90 mil millones de dólares, esto lo coloca por encima de países como Uruguay, Paraguay, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá y los países insulares del Caribe y ligeramente por debajo del Ecuador, país productor de petróleo (BM/ Banco Mundial, 2018).

Según datos del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2018) Guatemala es el país con las tasas más altas de pobreza relativa y extrema pobreza de Centroamérica con 65 % de pobreza relativa y 35 % de pobreza extrema.

En relación a la población económicamente activa, de los 6 millones de personas en este rango de edad (18-50 años) el 70 %, es decir 4 millones 200 mil, trabajan en el sector informal, 480 mil son trabajadores/as del sector público que corresponde al 8 % de esta población. Otro dato importante es que, de los 183 mil matriculados universitarios que corresponde a un 3.5 % de esta población y en el rango de edad de 18-25 años, constituye aproximadamente un poco más del 8 % (UVG/Universidad del Valle Guatemala, 2019).

Desde 1985 el país inicia con un modelo económico de carácter neoliberal, en un contexto político conflictivo con la salida de los regímenes militares del poder político, una solución de negociación para solventar una guerra interna que había costado la vida a más de 200 mil personas y que culmina en 1996 (REMHI, 1997). Desde 1985 a través de la democracia electoral, se asientan las bases para el modelo económico del libre mercado, impulsado por el Banco Interamericano de Desarrollo. Este modelo económico iniciado en los países del cono sur y de la era Reagan (Klein, 2007), ha sido ampliamente debatido en sociología, economía y otras ciencias sociales, pero poco debatido en el contexto de la psicología. En los años 1985-1996 se consolida este modelo en el país teniendo una repercusión en el sector público, que como signo más visible, se expresa en la privatización de empresas estratégicas para el país: energía eléctrica, telecomunicaciones, banca pública, pero donde más repercusión tiene es en la esfera de los servicios públicos, en especial, los sectores educación, salud e infraestructura.

Estos datos alarmantes despejan la caracterización del sistema de salud en Guatemala. El último hospital público construido en el país fue en 1978 cuando el país contaba con una población de 7 millones, 10 millones menos que en la actualidad. Guatemala invierte el 1.8 % del PIB en el sector salud, existe 0.9 de personal sanitario por cada 1 mil habitantes (OMS, 2018).

Con los datos expuestos y de acuerdo a los consensos de Naciones Unidas, donde sugiere indicadores de desarrollo, salud, educación y otros para la estabilidad de un país podemos hacer la siguiente relación:

- De la población económicamente activa recomienda que como mínimo un 20 % debería de estar inserta laboralmente en el sector público, Guatemala está 12 % debajo del mínimo recomendado.

- También recomienda que es aceptable que un 15 % de la población entre 18-25 años tenga matrícula universitaria, Guatemala se encuentra 7 puntos por debajo de esta recomendación.

- En relación a salud, OMS recomienda un mínimo de 5 % del PIB al sector salud, Guatemala está a 3.2 de este objetivo ubicándose en penúltimo lugar de Latinoamérica (OMS, 2018).

- Se recomienda un médico/enfermería por cada 330 habitantes, o sea, 3.5 por cada mil habitantes, a Guatemala le faltan 2.5 para cumplir con esta recomendación. Es decir, que a Guatemala le haría falta 51 mil personas en servicios de salud y actualmente solo cuenta con 15 mil teniendo un déficit de 35 mil profesionales de la salud.

Guatemala tiene problemas estructurales en materia de Salud y destacamos los más significativos:

- Según la Organización Panamericana de la Salud/OPS (2018) Guatemala presenta todas las características epidemiológicas y ambientales para la transmisión de estas enfermedades vectoriales; factores importantes como la mala urbanización, calentamiento global, la pobreza y educación, colaboran sinérgicamente para que estos males continúen en el país. La tasa por cada cien mil habitantes subió de 40.79 a 272.33 según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS, 2019).

- En Guatemala, en el 2008 la tasa era de 347 personas con diabetes por cada 100 mil habitantes, en 2015 el número subió a 627 pacientes por cada 100 mil personas, en tanto que en 2020 se estiman

1,093 enfermos con diabetes por cada 100 mil personas, de acuerdo al informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019).

-
- En Guatemala hay un 3,4 % de mortalidad infantil, siendo el principal problema la desnutrición crónica. El 49,8 % de los niños sufre desnutrición crónica, esto es, uno de cada dos. Otras causas de la mortalidad infantil son la neumonía y las enfermedades diarreicas agudas y el 54 % de estas enfermedades siempre están asociadas a algún grado de desnutrición (UNICEF-Guatemala, 2018).

CONTEXTO DE LA PSICOLOGÍA EN GUATEMALA

La Psicología en Guatemala tiene más de 70 años de existencia, para hablar de ella habría que tener en cuenta las significaciones históricas que ha tenido en estas seis décadas, porque a diferencia de otras ciencias humanas ha mantenido componentes sociales y políticos contrapuestos, donde por un lado se encuentra su vínculo de servicio social y público y por otro un enfoque privado y elitista. Estas dos contraposiciones han sido significativas en los últimos 30 años (Aldana, 2018), desde su aprendizaje, la práctica profesional y en su interacción con la realidad guatemalteca.

Un dato importante es que en los últimos 20 años han habido grandes trabajos en materia de Psicología comunitaria y producción científica en relación a psicología y derechos humanos, psicología aplicada en campos específicos, tipos de violencias (González, Paredes y Recinos, 2018) y que son muy poco conocidos por la comunidad internacional y por los mismos psicólogos guatemaltecos.

Actualmente la Psicología que se practica en Guatemala está ligada al ejercicio privado de la profesión y de los 11 mil 505 psicólogos colegiados, el 43 % ejerce formalmente la profesión (Colegio de Psicólogos de Guatemala, 2020). La formación profesional en Guatemala no es ajena al modelo neoliberal, iniciada en 1985, por ende, la formación en Psicología, ha sido marcada por marcos teóricos y metodológicos anglosajones.

Es importante tomar en cuenta estos 3 contextos históricos porque permitirá entender al profesional en un contexto de salud.

PRIMER MOMENTO:

La formación de la Psicología tiene una visión psicologicista, como práctica lucrativa, con investigaciones sumidas en metodologías e instrumentos importados de los E.E.U.U. (Aldana, 2003) y en menor proporción los de Europa, principalmente del conductismo de España así como la aplicación de un psicoanálisis descontextualizado de la historicidad (Colussi, 2018). En la actualidad, existen cinco escuelas de formación privada de la carrera de psicología y dos públicas, todas ellas alejadas de las complejidades de un país de fuerte resistencia a los procesos de dominación cultural (Aldana, 2018).

Es importante conocer que la profesión de psicología ha tenido grandes posibilidades y ha desarrollado prácticas potenciales para el abordaje de los problemas de salud del país, destacamos las siguientes:

La fundación en 1945 de la Facultad de Humanidades, a cargo de José Rolz Benet (Ordoñez, 2011) quien desempeñaba un papel político importante, como presidente del recién creado Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el mismo año en el que fue nombrado decano de la Facultad de Humanidades. Como académico, desarrolló trabajos en torno a la formación universitaria a nivel centroamericano y latinoamericano. Entre los trabajos que se tienen datos, están las siguientes ponencias: "Fines y principios de la universidad centroamericana" presentada en 1948 y en el Primer Congreso de Universidades Latinoamericanas celebrado en Guatemala en 1949 "La carta de las universidades latinoamericanas" (Rolz, 1948).

En 1949, Bennet (Aguilar y Recinos, 1996) encarga al psiquiatra Antonio Román Durán, quien había ejercido servicios de psiquiatría en la guerra civil española, en el ejército republicano español, la tarea de introducir

la cátedra de Psicología en los pensum de estudio. Este psiquiatra español, de orientación psicoanalítica, es quien insertó la Psicología en Guatemala, inicialmente con las asignaturas de Psicología general y psicoanálisis en la carrera de medicina. En el año de 1949, fundó la carrera de Psicología y también el Centro de Investigaciones Psicológicas (Aguilar y Recinos, 1996). Fue una época significativa para la Psicología, cuando apareció en 1945, la obra de la psicoanalista social Karen Horney "La personalidad neurótica de nuestro tiempo", una obra que expresaba un lúcido cuestionamiento de la sociedad y cultura dominante. Antonio Román Durán, no fue ajeno a esta influencia (Guerra, 2003).

SEGUNDO MOMENTO:

Corresponde a la formación de la Psicología de la década de 1970-1980; los docentes ubicaban al estudiante de psicología dentro de la realidad guatemalteca y le hacían ver los graves problemas estructurales a nivel de las culturas indígenas, trabajo, educación y salud (Aldana, 2003). En consecuencia, estudiantes y profesores debían estudiar y comprender esta realidad, para promover una toma de conciencia de la misma y así contribuir a su transformación.

Esto implicó que se asumiera una formación crítica y humanista en el proceso histórico del concepto de la sociedad guatemalteca (Villatoro; cit: Aldana, 2003). En este contexto, se dio la oportunidad a un cambio dentro de la escuela de Psicología y se cuestionaron muchos aspectos desde una perspectiva más crítica. La rica experiencia de las unidades de enseñanza-aprendizaje, planteaba el abordaje de los problemas cotidianos de los guatemaltecos desde una perspectiva más integral, haciendo el análisis desde un contexto psicosocial basado en la realidad (Villatoro; cit: Aldana, 2003).

TERCER MOMENTO:

La segunda mitad de los años 90 generó un torrente de cuestionamientos del quehacer de la Psicología tradicional, la que queda evidenciada por su incapacidad de dar respuesta a los problemas derivados del conflicto armado de más de 30 años; guerra interna que dejó más de 200 mil muertos (REMHI, 1997). De 1996 a 2010 se generó un trabajo con familiares víctimas de esta guerra. El trabajo era de intervención desde la Psicología comunitaria con los pueblos originarios, se iniciaron prácticas de Psicología en derechos humanos. Se crean espacios de especialización en Psicología social y se comienza a trabajar el eje de género, violencias contra la mujer (Paredes, 2018). Estas prácticas profesionales diferenciadas generan contradicciones con la práctica tradicional privada y clínica (Aldana, 2003). Los intercambios de experiencias a nivel continental, permitieron la generación de conocimiento propio de la Psicología guatemalteca. Todas estas experiencias enriquecedoras hacen de la psicología en Guatemala un referente importante para la Psicología de la región y que en los últimos ocho años han perdido fuerza (Aldana, 2003).

En conclusión, la formación en Psicología en Guatemala tiene antecedentes históricos muy sólidos para desarrollar respuestas a numerosas contingencias que han afectado al conjunto de sus habitantes, como lo han sido las secuelas de la guerra, desastres naturales, implementación de estrategias de salud de impacto, etc.

La influencia del modelo neoliberal ha impactado en la formación de esta profesión y otras profesiones de gran utilidad para el servicio público y han minimizado respuestas adecuadas a las necesidades del país.

La formación psicológica en Guatemala tiene herramientas muy básicas en Psicología para poder abordar trabajos interdisciplinarios y trans-disciplinarios en el marco de servicios públicos de salud, atención con grupos vulnerables, trabajo en comunidad. Y tan solo en algunas áreas específicas se está logrando avanzar como, por ejemplo, la atención en violencia de género, niñez y algunas respuestas específicas en salud.

Según censo universitario (UVG, 2018) de las Universidades Públicas y Privadas de Guatemala, existen 14 escuelas de formación psicológica en Guatemala con titulación en licenciatura, dos son públicas, de las dos solo una ha adaptado su pensum de estudios en los últimos 10 años (Escuela de Psicología, USAC-CUM, 2012). Los 12 centros privados de Psicología basan su orientación en la inserción de profesionales al trabajo en la empresa privada. Y la Escuela de Psicología USAC-CUM, entre el 2003-2014 tuvo especialización en grado de Maestría y Doctorado en Psicología.

Actualmente las instituciones públicas con mayor número de profesionales de la psicología contratados son el Ministerio Público, el Organismo Judicial y el Ministerio de Salud y Asistencia Social, y en menor proporción, las municipalidades del país. De los 4,954 colegiados activos se estima que aproximadamente el 15 % está inserto en el trabajo público.

De acuerdo al área de Salud Mental del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS, 2020a) existen 322 profesionales de la psicología que representan el 2,10 % del personal de ese ministerio. Para áreas de salud 29, y para áreas específicas (hospitales, programas de asistencia social, etc.) el resto de los profesionales. Para la atención de la COVID-19 se han contratado de forma temporal sin especificar un determinado número de profesionales.

CRONOLOGÍA DEL INICIO DE LA COVID-19

La situación de la COVID-19 en la región de las Américas a la fecha del 21 de junio de 2020 reporta más de noventa mil casos adicionales, con más de dos mil quinientas muertes en las últimas veinticuatro horas, lo que representa según la Organización Mundial de la Salud, un aumento relativo del 2 % en las personas infectadas y un aumento relativo del 1 % en las muertes en comparación con el 20 de junio, un día antes (Sanchez, 2020).

En Guatemala el primer caso diagnosticado se reportó el 13 de marzo de 2020. Las medidas tomadas por el Presidente el Dr. Alejandro Giammattei Falla empezaron a implementarse el 15 de marzo. En cadena nacional se informó del inicio de la cuarentena para el día 16 de marzo. Entró en vigor un toque de queda desde las cuatro de la tarde a las cuatro de la madrugada para detener el contagio, aquellos que lo violaban eran penalizados. Parecía que Guatemala estaba ganando la batalla de “aplanar la curva” de contagios. Se cerraron fronteras, aeropuertos, permitiendo únicamente el tránsito de connacionales que estuvieran en el extranjero. Se prohibió la entrada de ciudadanos de ciertos países europeos, así como de Irán, China y Corea del Sur, medida que después se expandió para Estados Unidos y Canadá (Giammattei, Monroy y Lemus, 2020).

El 15 de marzo se encontró el segundo caso, detectado en un guatemalteco que venía de Madrid, inmediatamente se tomó la determinación de cancelar todos los eventos públicos y aglomeraciones, así como el cierre de escuelas, universidades públicas y privadas por, al menos, tres semanas.

Las medidas fueron cambiando, con de toques de queda de doce horas consecutivas, y luego, de fines de semana completos. Durante la semana santa, temporada que es festiva en el país, se prohibieron las celebraciones religiosas y las famosas procesiones, así como los paseos dentro del país, especialmente a la playa. Asimismo, se restringió la venta de bebidas alcohólicas, sin imposición de la ley seca. Hasta abril, Guatemala era uno de los países con una curva bastante aplanada de contagios, en la región (Giammattei, Monroy y Lemus, 2020).

Los problemas derivados de la economía han llevado a flexibilizar algunas medidas, disminuyendo las horas nocturnas de toque de queda a diez horas, de seis de la tarde a cinco de la mañana; así como permitir el movimiento de vehículos los fines de semana. La inexperiencia de enfrentar una pandemia que cambia día a día ha provocado cambios constantes en las medidas tomadas. En las últimas dos semanas se han mantenido el toque de queda de diez horas nocturnas, de las seis de la tarde a las cinco de la mañana. Se introdujo una medida adicional, que es la circulación de vehículos en días con intervalos, dependiendo si

las placas son pares o impares. Se volvió al toque de queda los días domingos, evitando con ello el tránsito de vehículos y personas durante las fiestas del día del padre y fines de semana siguientes (Ministerio de Economía, 2020; Pitán, 2020).

Guatemala es un lugar de paso y regreso de migrantes, lo cual lo convierte en un punto frágil en el combate de la pandemia, no sólo por los que venían deportados de Estados Unidos, sino por la cantidad de “puntos ciegos” que hay en sus fronteras por donde entran y salen migrantes. En la última semana del mes de junio, el Presidente anunció que presentará una guía de medidas que se tomarían a partir de mediados del mes de julio y que durarían hasta que haya una vacuna (Gobierno de Guatemala, 2020).

Con lo expuesto en el primer apartado es de esperar que Guatemala afronte la pandemia con serias dificultades, a pesar de los protocolos internacionales seguidos, el confinamiento, la suspensión de actividades colectivas, el cierre de fronteras, las restricciones de horarios y una infraestructura provisional y específica para afectados por la COVID-19.

CONTEXTO ACTUAL DE LA COVID-19

Según el análisis y de acuerdo a los algoritmos, el gobierno espera llegar a 600 mil casos, 6 mil fallecidos a finales de agosto (Plaza Pública, 2020). Se estima que no existe un pico de la pandemia o, visto de otra forma, no se sabe la fecha exacta en que esto puede suceder. Otro dato preocupante es que alrededor de 13 mil personas que van a necesitar cuidados intensivos (Plaza Pública, 2020), para lo cual se necesitan 2 mil 500 camas y en la actualidad solo se cuenta con 322 camas, de las cuales el 54 % están ocupadas (Plaza Pública, 2020).

De las 56 personas contagiadas por cada 100 mil habitantes, la ciudad de Guatemala es la que tiene las tasas más altas: 190 por cada 100 mil habitantes (Plaza Pública, 2020). El 17 % de los fallecidos tienen entre

60-64 años, 13,5 % entre 65-69, 11 % entre 55-59 y, 10 % entre 50-54 (Plaza Pública, 2020). La población más afectada es la económicamente activa con 49 % (Plaza Pública, 2020). A finales de mayo, de los 108 fallecidos el 20 % formaban parte del personal sanitario (Plaza Pública, 2020).

Asimismo, en el mes de abril el Congreso de los diputados aprobó 3,420 mil millones de quetzales, es decir, 450 millones de dólares, para afrontar la pandemia en apoyo social y económico para empresas y salud. Para el eje de Salud se destinaron 800 millones de quetzales, es decir, 100 millones de dólares (Plaza Pública, 2020). A finales de mayo sólo se habían ejecutado el 8,5 % de lo asignado.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Con el recurso de profesionales de Psicología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se han ejecutado actividades principalmente en el área metropolitana o ciudad capital y municipios colindantes. Los hospitales provisionales para la mayor atención del COVID-19 son dos, con un recurso mínimo de Psicología. De los 22 hospitales públicos que hay en el país, a pesar de su categoría de hospital, no todos reúnen el requisito para esa denominación que tiene relación con número de camas, atenciones específicas, personal sanitario y servicios psicológicos (Plaza Pública, 2020).

En este orden de ideas y según el MSPAS, solo a 6 hospitales se le asignaron recursos para la atención del COVID-19. Los principales servicios psicológicos que se están prestando son los siguientes:

En cuanto a los programas de salud mental frente a la pandemia el Hospital de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS, 2020a; IGSS, 2020b, IGSS, 2020c), impulsó una serie de recomendaciones para la población en general. El confinamiento ha generado múltiples situaciones atípicas en cuanto a la cotidianidad de la población, ya que ha cambiado radicalmente la vida ordinaria.

Asimismo, se han descubierto problemas dentro de los hogares, tales como: problemas familiares, violencia intrafamiliar, entre otros. Se está considerando que las personas están viviendo un pánico colectivo y en la salud mental, este impacto afectará principalmente en procesos de ansiedad, depresión e incrementará las ideas obsesivas de contaminación (Girón, 2020).

La municipalidad de la ciudad de Guatemala también elaboró un programa de acompañamiento psicológico. El objetivo del programa fue proporcionar las herramientas o mecanismos de apoyo emocional y psicológico a empleados y vecinos en general frente a la COVID-19 y sus consecuencias. La actividad estratégica se orientó a la Comunicación personalizada con todos los colaboradores municipales, para verificar estado de salud y brindar apoyo psicológico y asesoría financiera. Se dividió en diferentes fases, una de ellas se refirió a los números de llamada para acompañamiento personalizado a los colaboradores (empleados) de la municipalidad. También, estandarizar la ficha inicial para definir el vínculo entre el psicólogo y el paciente (Vecino/empleador municipal) y el acompañamiento y seguimiento en caso de enfermedad (Municipalidad de Guatemala, 2020).

La Municipalidad capitalina en colaboración con el Colegio de Psicólogos de Guatemala elaboró la grabación de una serie de videos dirigidos a la ciudadanía en general y que fueron colgados en las redes sociales y en la página web de libre acceso. Cada video fue elaborado por profesionales de la Psicología de trayectoria en el país y con diferentes temáticas como: manejo de emociones en la cuarentena, manejo de la ansiedad, atención y cuidado de los niños en casa, atención y cuidado del adulto mayor, prevención de la violencia intrafamiliar, atención y cuidado de personas con enfermedades crónicas en casa, cuidados y prevención en la automedicación, entre otros. De la misma manera se realizaron una serie de conferencias, estas dirigidas a los colaboradores de la municipalidad a través de la plataforma zoom (Municipalidad de Guatemala, 2020).

El Colegio de Psicólogos, desde la comisión de créditos académicos, realiza diferentes actividades para apoyar a la sociedad en general. Desde los programas de educación continua se ha dado orientación a los profesionales psicólogos para responder adecuadamente a la contingencia y a las nuevas realidades laborales. Se

Llevaron a cabo una serie de conferencias con temas para reforzar el entrenamiento en atención a llamadas de emergencia, con el aporte de la Sociedad Interamericana de Psicología a través del grupo de trabajo de Clínica. Se capacitaron a 620 profesionales de la Psicología. Luego de ello se implementó un servicio de llamadas con intervenciones en primeros auxilios psicológicos por video-llamada (Cárcamo, et al., Porras, Cabrera, y Lima, 2020).

Guatemala no estuvo exenta de la situación de violencia intrafamiliar y de género que fue manifiesta ante el confinamiento, por lo que también se orientó a los psicólogos y psicólogas en temas de intervención en situaciones de violencia, en la que participaron 1,665 profesionales. Asimismo, se dio psicoeducación a través de portafolios de videos que se colocaron en las redes sociales y en las páginas del Colegio, así como conferencias a público en general en temas variados para apoyarles a manejar mejor el confinamiento (Cárcamo, et al. 2020).

ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES INTERNADOS

El MSPAS ha brindado asistencia integral a pacientes que han sido diagnosticados con COVID-19 y que están internados en los hospitales de campaña, especialmente en el que está instalado en la ciudad de Guatemala. El apoyo psicológico está incluido en la atención para asegurar un tratamiento integral.

El hospital temporal cuenta con cuatro profesionales de la Psicología que acompañan emocionalmente a los pacientes infectados, retornados, deportados de los Estados Unidos. Esta población es muy sensible a la carga negativa de discriminación, estrés psicológico, privación de libertad, estigmatización y rechazo social. Debido a que estas personas han sufrido un tiempo prolongado antes de ser deportados, la deportación y la llegada en circunstancias apremiantes al país, se trabajó con ellos el reforzamiento de su capacidad de resiliencia y manejo de emociones, con una atención frecuente de cada dos días de intervención individual. (MSPAS, 2020b; 2020c).

Asimismo, el Instituto guatemalteco de seguridad social a través del Centro de Atención Integral de Salud Mental/CAISM, implementó un programa que tiene como objetivo atender psicológicamente a los pacientes con COVID-19 que se encuentran en cuarentena o aislados, el cual les ayuda a prevenir síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático en las diferentes etapas vividas durante la enfermedad. Este programa es de atención directa y está dirigido a pacientes que se encuentran en los diferentes hoteles habilitados por el IGSS para atender casos de COVID-19.

Se encuentra sin poder determinar los grados de intervención y resultados en cuanto a la atención a familiares de los fallecidos y la atención específica al personal sanitario; únicamente se ha generado una guía específica por parte del Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con un proyecto en dos etapas: en la primera, es una guía de prevención y detección de problemas de salud mental de forma temprana, la segunda guía está dirigida a la atención para: ansiedad, frustración, depresión, trastornos de sueño y síndrome de burnout, para los cuales se han brindado recomendaciones que puedan seguir.

CONSIDERACIONES FINALES

Guatemala, como otros países de la región que han adoptado un modelo económico neoliberal, sufre las consecuencias ante problemáticas como la crisis pandémica mundial. Esto se sustenta en los indicadores de salud, recursos del PIB destinados a personal sanitario por cada 1000 habitantes, gastos en ejecución, construcción de infraestructura, etc.

De acuerdo a la declaración del Grupo de Puebla el modelo neoliberal existente en la región es una de las variables determinantes que han afectado a los países para afrontar esta pandemia del COVID-19, en este contexto Guatemala se ha visto afectada por este influjo, su sistema de salud está afectado en más de un 80 %.

En relación a lo expuesto, el país tiene una extensa infraestructura sin mantenimiento, su último hospital se construyó hace 42 años, cuando tenía una población de 7 millones. En actualidad el país tiene 17 millones con la misma red hospitalaria. De acuerdo a los indicadores recomendados se necesitarían 3.5 trabajadores para el área de atención en salud por cada 100,000 habitantes, sin contar con el personal especializado a nivel técnico-administrativo que es indispensable para ejecutar recursos financieros.

La formación de Psicología en Guatemala no ha escapado a los influjos del neoliberalismo, pero a pesar de esta influencia, los antecedentes de esta formación están ligados a la proyección social, pública y de necesidades del país. Estos antecedentes nos permiten ver las debilidades y fortalezas del sistema de salud y, por ende, el papel de la Psicología como profesión en el país para desarrollar proyectos a futuro y responder a los retos nacionales.

Las intervenciones desde la Psicología se están dando en los diferentes ámbitos de atención de la pandemia. Aún es prematuro conocer de resultados; lo que es una realidad es que la psicología continúa su posicionamiento como ciencia dentro de los contextos de salud de Guatemala.

De los 11 mil 500 profesionales de la Psicología sería recomendable que entre el 25-35 % se incorporaran al sector público y de este porcentaje la mitad estuvieran en servicios de salud pública, en niveles de implementación de programas, psicología hospitalaria, psicología de la salud comunitaria, psicología de equipos de atención comunitaria.

Teniendo los recursos académicos, las experiencias acumuladas en eventos de gran impacto como lo han sido los congresos de la Sociedad Interamericana de Psicología, la Unión Latinoamericana de Psicología y otras corrientes, se está en condiciones para poder hacer eventos e investigaciones que apoyen iniciativas para reestructurar la formación en Psicología, y apoyar dentro de los organismos competentes una propuesta de Psicología de la Salud más multidimensional y transdisciplinario.

El ejercicio profesional de la Psicología en Guatemala es privado, el COVID-19 ha mostrado la necesidad de ir hacia la recuperación y creación de trabajo público para esta profesión. La historia de la formación de psicólogos en Guatemala tiene antecedentes sólidos como se ha mostrado en el presente artículo, lo que permite fortalecer esta profesión en lo público y en especial en el área de la Salud.

La COVID-19 y la post-pandemia dan marcos para redefinir la formación, como deben de ser estas atenciones en crisis sanitarias desde la psicología comunitaria, psicología hospitalaria y la inserción en la elaboración de políticas de salud. Sin dejar de lado su rol histórico de atención especializada.

REFERENCIAS

Aldana, J.C. (2003). *Proyecto de 4 cátedras para la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos*. Guatemala, EPS-USAC.

Aldana, J.C. (2018). Editorial. *Revista de Psicólogos*; 23 (julio/diciembre). Guatemala, Colegio de Psicólogos de Guatemala.

Aguilar, G. y Recinos, L. (1996) Historia y estado actual de la Psicología en Guatemala. *Revista Latinoamericana de Psicología* volumen 28 No. 2 197-232. Colombia.

BM/Banco Mundial (2018). Washington, D.C. Disponible en: <https://donnees.banquemondiale.org/pays/guatemala?locations=GT>.

Cárcamo, A. Porras, D., Cabrera, D. y Lima, S. (2020) Comisión de Créditos Académicos. Colegio de Psicólogos de Guatemala. <https://www.colegiodepsicologos.org.gt/>

Colussi, M. (2018). Una dificultosa pregunta abierta. *Revista de Psicólogos*; 23 (julio/diciembre). Guatemala: Colegio de Psicólogos de Guatemala.

Colegio de Psicólogos de Guatemala, (2020) informe de colegiados Activos y No Activos. Registro informático 2020 Colegio de Psicólogos de Guatemala. Guatemala. <https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/salud-otorga-6-horas-a-los-familiares-para-disponer-del-cuerpo-del-fallecido-por-coronavirus/>

Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala-Centro Universitario Metropolitano (2015). *Memoria del Consejo*. Guatemala, USAC.

Forbes Staff. (2020). Guatemala acelera construcción de hospitales temporales para enfrentar COVID-19. Disponible en: <https://forbescentroamerica.com/2020/04/19/guatemala-acelera-construccion-de-hospitales-temporales-para-enfrentar-COVID-19/>

Giammattei, A., Monroy, H. y Lemus, L. (2020). Disposiciones presidenciales en caso de calamidad pública y órdenes para el estricto cumplimiento. Reforma disposiciones presidenciales del 12 de abril de 2020. Guatemala, Despacho Presidencial, Presidencia de la República de Guatemala.

Girón, M. (2020). Diario La Hora: ¿Cómo preservar la salud mental durante la pandemia el COVID-19? Aquí le mostramos algunos consejos. *Noticias/IGSS*. Disponible en: <https://www.igssgt.org/noticias/2020/04/22/diario-la-hora-como-preservar-la-salud-mental-durante-la-pandemia-del-COVID-19-aqui-le-mostramos-algunos-consejos/>

Gobierno de Guatemala. (2020). Disposiciones presidenciales del 29 de junio al 12 de julio 2020. Disponible en: <https://www.saas.gob.gt/portal/Dispocisiones-Presidenciales-del-29-de-junio-al-12-de-julio-2020>

González, M., Paredes, E. y Recinos, L. (2018) Psicología Cultura y Violencia. Aportes de Carlos Orantes Trocolli. *Revista de Psicólogos*; 23 (julio/diciembre). Guatemala: Colegio de Psicólogos de Guatemala.

Guerra, F. (2003). *La medicina en el exilio republicano*. Alcalá de Henares. Universidad de Alcalá. 987 p. España

IGSS. Noticias. (2020a). Más de 42,000 pensionados han recibido medicamentos ante la emergencia del COVID-19. Disponible en: <https://www.igssgt.org/noticias/2020/06/18/mas-de-42-mil-pensionados-han-recibido-medicamentos-ante-la-emergencia-por-COVID-19/>

IGSS. Noticias. (2020b). Ganan batalla, regresan a casa tras luchar contra el COVID-19. Disponible en: <https://www.igssgt.org/noticias/2020/06/15/ganan-batalla-regresan-a-casa-tras-luchar-contra-el-COVID-19/>

IGGS. Noticias. (2020c). IGSS trabaja en el resguardo de la salud psicológica de los pacientes con COVID-19. *Noticias/IGSS*. Disponible en: <https://www.igssgt.org/noticias/2020/06/04/el-igss-trabaja-en-el-resguardo-de-la-salud-psicologica-de-pacientes-con-COVID-19/>

INE/Instituto Nacional de Estadística (2018). Población de Guatemala: último censo. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/ine/poblacion-menu/>

Juárez, R. (2020). Coronavirus: Giammattei avala construcción de hospital de campaña en Quetzaltenango que reporta 62 personas monitoreadas. Guatemala, Prensa Libre. Disponible en: <https://www.prensalibre.com/tema/hospital-de-campana/>

Klein, N. (2007). Doctrina de La doctrina del shock: El auge del capitalismo del desastre. Argentina: Paidós.

Ministerio de Economía (2020). Ministerio de Economía informa. Gobierno de Guatemala, Guatemala. Flyer para redes sociales.

MSPAS/Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2019) Informe sobre enfermedades Vectoriales 2018. Disponible en www.mspas.gob.gt

MSPAS/Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2020). MSPAS capacita a personal de hospitales privados sobre abordaje de COVID-19. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/index.php/noticias/noticias-mspas/item/747-mspas-capacita-a-personal-de-hospitales-privados-sobre-abordaje-de-COVID-19>

MSPAS/Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2020a). COVID-19: salud mental es esencial para el personal de primera línea. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/index.php/component/k2/item/896-COVID-19-salud-mental-es-esencial-para-el-personal-de-primera-linea>

MSPAS/Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2020b). El MSPAS brinda apoyo emocional a pacientes con COVID-19. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/index.php/noticias/noticias-mspas/item/813-el-mspas-brinda-apoyo-emocional-a-pacientes-con-COVID-19>

MSPAS/Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Área de Salud Mental (2020c). Informe sobre el personal contratado de Psicología. Guatemala, MSPAS.

Municipalidad de Guatemala, (2020). Dirección de Desarrollo Social. <http://www.muniguate.com/dds/?externo=1&click=sociales>

Naciones Unidas (2018), Informe mundial población. N.Y.: ONU.

Naciones Unidas. (2020). Guatemala: COVID-19. Informe de situación No 4. Al 30 de abril 2020. Disponible en: <http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/GT%20Informe%20de%20Situacio%CC%1n%20No.%204%20EHP-OCR%20COVID19%2929299429%20FINAL%202.pdf>

OMS/Organización Mundial de Salud (2018). Informe sección Guatemala. Ginebra: OMS.

OPS/Organización Panamericana de la Salud (2019). Informe sección Guatemala 2019. Washington, D.C.: OPS.

Ordoñez, G.E. (2011) Reseña Histórica de los Decanos de la Facultad de Humanidades de la Universidad de San Carlos de Guatemala. USAC. Guatemala.

Paredes, E. (2018) Experiencias de Psicología Comunitaria en contextos de violencia. El Caso de Guatemala. Revista de Psicólogos, 23 (julio/diciembre). Guatemala, Colegio de Psicólogos de Guatemala.

Plaza Pública (2020) En cifras: Guatemala tiene uno de los sistemas de salud más débiles del continente: COVID-19. Ricardo Marroquin. Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Disponible en: <https://www.plazapublica.com.gt/content/en-cifras-guatemala-tiene-uno-de-los-sistemas-de-salud-mas-debiles-del-continente>

Pitán, E. (2020). Presidente retoma disposiciones presidenciales rigurosas por coronavirus y regula el tránsito de vehículos durante 14 días. Artículo, Prensa Libre, Guatemala. Disponible en: <https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/presidente-alejandro-giamattei-retoma-disposiciones-presidenciales-rigurosas-y-regula-el-transito-de-vehiculos-durante-11-dias/>

PNUD/Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo (2018). Informe Mundial 2018. Sección Guatemala. Guatemala: ONU.

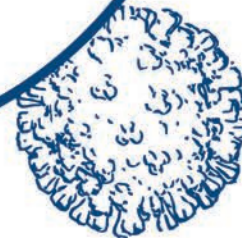
REMHI/Informe sobre la Recuperación de la Memoria Historia Guatemala (1997). Número de fallecidos y desaparecidos durante el conflicto en Guatemala. Guatemala: Centro de Derechos Humanos del Arzobispado.

Rolz, J. (1948) Fines y Principios de la Universidad Contemporánea y en Especial de las Universidades de Centroamérica. 1er. Congreso Latinoamericano de Universidades. Guatemala: USAC.

UNICEF-Guatemala Fondo Naciones Unidas para Infancia sede Guatemala (2018). Contamos 4: Protegiendo la nueva cosecha, un análisis del costo de erradicar el hambre en Guatemala 2012-2021. <https://www.unicef.org/guatemala/informes/contamos-4-protegiendo-la-nueva-cosecha>

UVG/Universidad del Valle de Guatemala (2018). Censo de población universitaria Disponible en: <https://noticias.uvg.edu.gt/tag/censo-de-poblacion-2019/>. Guatemala: UVG

Sánchez, V. (2020). Medidas fuertes de prevención, la estrategia de Guatemala para derrotar al coronavirus. Noticias ONU. OPS-OMS. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/04/1472552>



CAPÍTULO VI. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN MÉXICO

MARIO CARRANZA AGUILAR

*Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa,
Secretario Ejecutivo de ALAPSA para México y América Central*

JOSÉ JOEL VÁZQUEZ ORTEGA

*Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa,
Asociación Egresados de Psicología Social (AEPSO, A.C.)*

JESÚS OMAR MANJARREZ IBARRA

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa

MARISOL PÉREZ RAMOS

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa

DAVID ALBERTO RODRÍGUEZ MEDINA

*Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa,
Sistema Nacional de Investigadores, CONACYT*

ALEJANDRA RAMÍREZ AMIGÓN

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa

ANTECEDENTES DE LA COVID-19 EN MÉXICO

En diciembre de 2019, en Wuhan, provincia de Hubei, en la República de China, se informaron casos de neumonía potencialmente mortal. Esta enfermedad se extendió de manera acelerada por todo el mundo con miles de casos confirmados y muertes, ante lo cual de manera pronta la Organización Mundial de la Salud (OMS) calificó la situación de pandemia, desafiando los sistemas de salud pública de cada uno de los países. Desde ese momento hasta la fecha, no existe un tratamiento científicamente probado que cure lo que se identificó como el virus Sars-Cov2 (COVID-19), sin embargo, se identificaron los comportamientos apropiados que evitan el contagio y propagación que hasta al momento se han implementado; aunque se sigue trabajando para desarrollar una vacuna que potencie el sistema inmunológico protegiendo al organismo de esta enfermedad, así como algún medicamento que contrarreste los síntomas e impidan que se agudicen.

En otras palabras, el coronavirus es parte de una extensa familia que provoca los resfriados, los cuales, pueden afectar tanto a humanos como animales, con manifestaciones que van desde un resfriado común hasta problemas respiratorios más graves, provocando la baja oxigenación del cuerpo, incluido el cerebro. En este caso, se trata del SARS-CoV2. Así es como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su nota *“CORONAVIRUS: Lo que hay que saber del COVID-19”*, publicada el 31 de enero de 2020, lo define:

“Los coronavirus reciben su nombre por las puntas brillantes que se observan en la superficie del virus y que asemejan una corona, pertenecen a la familia de virus que causan enfermedades que van desde el resfriado común hasta el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) o el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS). La OMS ha llamado a este coronavirus, COVID-19”.

Este virus se propaga por medio del contacto con saliva infectada, es por eso que se recomendó cubrir, ojos, nariz y boca, protegiendo las manos con guantes, uso constate de gel antibacterial o el lavado de

manos y no tener contacto con ninguna de estas partes del cuerpo para evitar ser contagiado por haber tenido algún acercamiento con alguien infectado; poco a poco estas medidas como el uso de cubrebocas se volvieron necesarios y en muchas situaciones obligatorias. El principal reto frente a esta pandemia, más allá de sobrevivir al virus, en caso de haber sido diagnosticado, es no contagiar, pues al existir una alta cifra de personas contagiadas en un mismo periodo, los sistemas de salud se saturan y pueden colapsar, de esta manera los sistemas de salud o sanitarios pierden el control de la situación por diversos factores, como la falta de equipo médico e instalaciones adecuadas para atender la situación.

En el caso de México, en la mañana del 29 de febrero de 2020, el Dr. Hugo López-Gatell Ramírez, Subsecretario de Promoción de la Salud, anunció el primer contagio en la Ciudad de México, en un hombre de 35 años que recientemente había estado en Italia. Esta persona infectada se mantenía estable con “una enfermedad leve”, con síntomas parecidos a un resfriado y al tratarse de una persona joven y sin enfermedades previas, su caso resultaba “de muy bajo riesgo”.

Posteriormente, la Secretaría de Salud en una rueda de prensa vespertina, que a partir de ese momento se ha realizado diariamente, a través del subsecretario López-Gatell, confirmó dos casos más: otro más en la Ciudad de México y otro en el Estado de Sinaloa. Para la noche del viernes 28 de febrero, se confirmaban los 3 primeros casos de COVID-19 en México.

Sin embargo, fue el 16 de marzo de 2020, cuando el gobierno federal anunció medidas de reforzamiento para la prevención del COVID-19. A partir de esa fecha se emitieron notas informativas específicas para la Ciudad de México y sus habitantes. Por su parte, el gobierno federal emitió anuncios en los que se aclaraban los términos y lineamientos respecto a la cuarentena, el cierre de negocios y lugares de carácter público para así evitar la propagación del virus Sars-Cov2.

ACCIONES GUBERNAMENTALES IMPLEMENTADAS.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfrentamos una emergencia de Grado 3, sin precedente, derivada de la pandemia mundial por el COVID-19, lo que ha obligado al gobierno federal y la Secretaría de Salud a tomar medidas sanitarias bajo la declaratoria de emergencia sanitaria, más aún ante las cifras de infectados y muertes que se han alcanzado hasta la fecha.

Frente a esta situación, los gobiernos de los países tomaron medidas de prevención y respondieron a las necesidades para evitar la propagación del virus, en algunos casos, sometiendo a sus países y regiones con diversas restricciones para evitar la propagación. Aunque la magnitud de estos impactos ha variado mucho entre países debido a sus políticas para controlar el brote; algunos tuvieron éxito en limitar la propagación de la enfermedad y en prevenir muertes de sus habitantes.

El 28 de febrero de 2020, el gobierno en la Ciudad de México confirmó al primer contagiado por COVID-19 en todo el país. A partir de ese momento, las autoridades sanitarias comenzaron a monitorear e informar de manera cotidiana el avance de la pandemia en nuestro país.

El 16 de marzo de 2020, la Secretaría de Salud anunció la implementación de la Jornada Nacional de Sana Distancia como medida preventiva. De esta manera, se decidió la suspensión temporal de las actividades no esenciales y se comenzaron a suspender y reprogramar los eventos de concentración masiva. También, se adelantó el periodo vacacional de Semana Santa en las escuelas. Al inicio se estableció que esta Jornada Nacional de Sana Distancia concluiría el 19 de abril; sin embargo, esta fecha se postergó hasta el 30 de mayo.

Debido a lo anterior, con el propósito de actualizar la información sobre los datos del Coronavirus a nivel nacional, se reforzaron las medidas que se llevarían a cabo. Para ello, se presentó a “Susana Distancia”, personaje animado que se utilizó para explicar gráficamente las medidas correctas de distanciamiento, lo cual, dio inicio el lunes 23 de marzo.

La denominada Jornada Nacional de Sana Distancia incluía un conjunto de medidas básicas de prevención, recomendaciones y acciones generales que toda la población podría llevar a cabo. En primera instancia, se encontraba el lavado constante de manos y evitar los saludos con acercamientos físicos; por último, la recuperación efectiva que consistía básicamente en quedarse en casa, en caso de tener algún síntoma del COVID-19.

Otra de las recomendaciones fue: la suspensión temporal de actividades no esenciales donde la idea principal era evitar todo tipo de congregación o movilidad que involucrara tener contacto con aglomeraciones de personas. Se tomaron medidas para la protección y cuidado de las personas adultas mayores, ya que es una población vulnerable ante la pandemia, por lo cual se aconsejó prestar especial atención a ese sector sin importar el género.

Con el paso del tiempo, diversos medios de comunicación anunciaban un término del confinamiento, más que por una mejora en la pandemia debido a las necesidades de la población puesto que gran parte de ella, se veía afectada de manera económica; uno de estos medios, el Instituto Mexicano de la Radio (IMER) anunció:

“A partir del próximo lunes comienza el regreso gradual y por regiones, de la actividad económica en sectores prioritarios y en municipios con cero casos de coronavirus y con vecindad de otros tampoco afectados por la pandemia del COVID-19. La nueva normalidad comenzará en Oaxaca”.
(IMER)

La denominada ‘Nueva Normalidad’, así considerada por el gobierno mexicano, iniciaría el 18 de mayo con la reapertura de distintos negocios ubicados en municipios, es decir, en aquellos en donde no hubiera contagios. Los territorios con dichas condiciones, dejarían la cuarentena y podrían regresar a sus actividades cotidianas, aunque todavía bajo la mirada del gobierno, principalmente, por la Secretaría de Salud y las de cada uno de los estados del país. Debido a las circunstancias de contagios detectados en esos días, esta medida se pospuso hasta el 6 de junio.

No obstante, el 29 de mayo mediante conferencia de prensa, el Subsecretario de Promoción de la Salud, anunció la implementación de un semáforo epidemiológico para anunciar los progresos o decrecimiento de la pandemia. Explicó en qué consiste el semáforo y como evaluaba la intensidad de la epidemia con los colores conforme a la situación. A manera de resumen: el semáforo de riesgo tiene 4 indicadores para el COVID-19. *Rojo*: tendencia de ocurrencia, es decir, cómo van ocurriendo los casos. *Naranja*: tendencia de hospitalización, cómo van ocurriendo las hospitalizaciones o bien, cómo cambia la curva epidémica y cómo se van atendiendo. *Amarillo*: se refiere al porcentaje de ocupación hospitalaria que hay en ese momento, cuantas camas hay disponibles. El último es el *Verde*: la detección de casos nuevos y cómo se van detectando los mismos, conforme si se van detectando más, la epidemia se considera más activa.

El semáforo señala quienes pueden comenzar a volver a las actividades y quienes tendrán que esperar hasta que las cifras no sean de una alta preocupación; al igual que es un sistema de monitoreo para la regulación del uso del espacio público de acuerdo con el riesgo de contagio de COVID-19. De acuerdo al gobierno de México, las actividades que se podrían realizar en función del semáforo son:

ROJO: se permitirán únicamente las actividades económicas esenciales, asimismo se permitirá también que las personas puedan salir a caminar alrededor de sus domicilios durante el día.

NARANJA: además de las actividades económicas esenciales, se permitirá que las empresas de las actividades económicas no esenciales trabajen con el 30 % del personal para su funcionamiento, siempre tomando en cuenta las medidas de cuidado máximo para las personas con mayor riesgo de presentar un cuadro grave de COVID-19, se abrirán los espacios públicos abiertos con un aforo (cantidad de personas) reducido.

AMARILLO: todas las actividades laborales están permitidas, cuidando a las personas con mayor riesgo de presentar un cuadro grave de COVID-19. El espacio público abierto se apertura de forma regular, y los espacios públicos cerrados se pueden abrir con aforo reducido. Como en otros colores del

semáforo, estas actividades deben realizarse con medidas básicas de prevención y máximo cuidado a las personas con mayor riesgo de presentar un cuadro grave de COVID-19.

VERDE: se permiten todas las actividades, incluidas las escolares.

SITUACIÓN ACTUAL POR LA PANDEMIA COVID-19 EN MÉXICO

El 20 de julio de 2020, la Secretaría de Salud al dar a conocer la situación de la pandemia en el país, informa que los casos confirmados ascendieron a los 349,396, mientras que al momento se han dado 39,485 lamentables fallecimientos, siendo la Ciudad de México la más afectada. En general, el país sigue en fase 3 y actualmente se vive con la llamada “nueva normalidad” implementada por el gobierno mexicano (ver gráfica 1).



Fuente: Elaboración propia. Adaptado de COVID-19 México (2020).

Gráfica 1. Situación del COVID-19 a nivel nacional

Considerando los datos anteriores a nivel nacional, la reapertura en medio de una alta transmisión comunitaria del virus puede llevar a una aceleración en los contagios, así como a un posible colapso de los sistemas de salud.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió sobre la decisión de algunos países, como México y otros en América, de reabrir sus economías pese a mantener altas cifras diarias de contagios de COVID-19, y subrayó que ello puede tener consecuencias muy negativas para su salud pública. Sin embargo, el país se encuentra en el proceso de reapertura y en este periodo los casos han incrementado significativamente, se trata de un patrón que hemos visto en distintos países. Abrir la economía en medio de una transmisión comunitaria del virus puede llevar a una aceleración de los contagios.

Por otra parte, un estudio publicado por el *Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias* de la Universidad Nacional Autónoma de México (Hernández, 2020), muestra el nivel de escolaridad con relación a la tasa de mortalidad por COVID-19 en México, el cual, apunta a la existencia de un perfil de mortalidad asociado a algunas condiciones demográfica y socioeconómicas. También indica que el 71 % de las personas fallecidas por COVID-19 tienen como escolaridad máxima la primaria o ningún grado de estudios. Además, señala que el 84 % de las muertes por este padecimiento se encuentra en personas jubiladas, amas de casa o personas que laboraban en el sector público.

ORGANIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS A LA POBLACIÓN ANTE LA COVID-19.

En el documento denominado *“Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia”* (2020a), elaborado por el Gobierno de México, se establece lo siguiente:

“En las crisis epidemiológicas, se incrementa el riesgo de problemas de salud mental a causa de las medidas de aislamiento, restricción de movilidad y disminución en el contacto físico directo. Las

personas que pasan tiempo en aislamiento pueden mostrar síntomas de depresión grave y síntomas relacionados con el estrés postraumático hasta 3 años después (Brooks et al, 2020). La separación de los seres queridos, la pérdida de la libertad, la incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y el aburrimiento; pueden causar efectos psicológicos adversos, conductas de evitación, de confusión, de frustración y de enojo; incluidos los síntomas de estrés postraumático que podrían escalar hasta el suicidio; de hecho, algunos investigadores han sugerido que, a mayor duración de la cuarentena, se intensifican los temores, mismos que pueden provocar efectos negativos duraderos (Brooks et al, 2020). Por todo esto, es importante apelar a la participación social activa y recordar a la población que un esfuerzo individual solidario, beneficia a la colectividad”.

Ante una pandemia como la que se vive actualmente, la población experimenta una amplia gama de emociones que pueden interferir o ayudar en la atención y cooperación para el cuidado de su salud. Es por ello que atender estas respuestas emocionales determina la manera en que actuarán ante la pandemia y las medidas tomadas para evitar su propagación y la probabilidad de mortalidad que conlleva. De ahí que, junto a las medidas que ha tomado el gobierno federal en México, al mismo tiempo, se requirió que los profesionales de la psicología participaran en este esfuerzo nacional.

Más aún, ante una crisis epidemiológica, de acuerdo a la experiencia documentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (OPS/OMS, 2016), se pueden presentar las siguientes manifestaciones psicológicas y psicosociales en la población:

- Según las tres “F” (en inglés) de Walter Cannon: huida (Flight), lucha (Fight), y parálisis (Freeze). Huir de la amenaza, es buscar salir corriendo de la situación, pero, si huir no es una opción o está agotada como estrategia, se activa la respuesta de lucha o confrontación de la amenaza y en un tercer plano, se activa la reacción de parálisis, en donde las personas pueden sentir que la situación las tiene atrapadas y no pueden hacer nada.

- El procesamiento de información en contextos de alto estrés se torna muy simple y básico, el sistema de memoria falla y la capacidad de razonamiento se ve ligada a la sobrevivencia, por esto las personas tienden a perder parte de los mensajes, no pueden procesar toda la información que requieren atender.

- Es normal experimentar ansiedad, tensión, inseguridad y vigilancia obsesiva de los síntomas de la enfermedad.

- El enojo, la irritabilidad y la indignación; son emociones que derivan de una percepción disímil del riesgo: algunas personas actuarán desmedidamente y pedirán que las autoridades y el personal de salud actúen de acuerdo con dichas emociones y, otras personas que negarán o minimizarán el riesgo.

- Miedos, sentimientos de abandono y vulnerabilidad.

- Necesidad de supervivencia.

- Liderazgos espontáneos (positivos o negativos).

- Aparición de conductas que pueden oscilar entre: heroicas o mezquinas; violentas o pasivas; solidarias o egoístas.

- Ansiedad, depresión, duelos, estrés agudo, crisis emocionales y de pánico, reacciones colectivas de agitación, descompensación de trastornos psíquicos preexistentes, trastornos somáticos de origen psíquico.

- Miedo a nuevas epidemias.

- Conductas agresivas y de protesta contra autoridades e instituciones con actos de rebeldía y/o delincuenciales.

- Incremento en el consumo y/o abuso de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.

-
- Incremento en los casos, la frecuencia y la gravedad de la violencia intrafamiliar hacia grupos vulnerables, especialmente mujeres, niños, niñas y adolescentes, personas de la tercera edad y/o individuos con alguna discapacidad.

Derivado de lo anterior, la Secretaría de Salud a través del *Secretariado Técnico Consejo Nacional de Salud Mental*, la *Comisión Nacional contra las Adicciones*, los *Servicios de Atención Psiquiátrica* y el *Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"*, de forma conjunta, organizaron las acciones necesarias para contar con la participación solidaria de los profesionales de la Psicología, junto, a los demás profesionales de la salud y de los sistemas sanitarios del país, con el propósito de atender el componente de salud mental y adicciones.

Precisamente, el 27 de marzo del 2020, se realizó la sesión virtual organizada por el *Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades* en colaboración con el *Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME)*, en la que participaron distintos organismos de Seguridad Social y Secretarías del gobierno federal, así como las principales Instituciones de Educación Superior de carácter públicas y privadas a nivel nacional, organizaciones de la sociedad civil y la *Federación Nacional de Colegios, Asociaciones y Sociedades de Psicólogos de México (FENAPSIME)*, con el propósito de integrar y reactivar el *Grupo de Trabajo Técnico de Salud Mental (GTTSM)*.

En dicha reunión, también se estableció el objetivo del GTTSM que es fortalecer las capacidades nacionales para la atención de la salud mental en situaciones críticas y de desastres, mediante la integración de lineamientos y directrices de organización, normativos y operativos para el personal médico en el ámbito de la salud mental en el país. El GTTSM está integrado por personal involucrado en la preparación y respuesta ante emergencias y/o desastres en el ámbito del sector salud y de la sociedad civil. La reactivación del grupo es para presentar las estrategias nacionales para salud mental y apoyo psicosocial para la contingencia

por COVID-19. Asimismo, las acciones a realizar por el grupo de trabajo son: elaborar estrategias nacionales para salud mental y apoyo psicosocial para la contingencia por COVID-19, integrar los lineamientos para el despliegue del componente de salud mental durante la presente emergencia sanitaria y completarlo en caso de ser necesarias otras acciones fundamentales.

Tomando como base el documento *Protección de la Salud Mental y Atención Psicosocial en Situaciones de Epidemia* (OMS, 2016), se considera necesario distinguir cinco grupos de personas a los cuales dirigir la atención:

1. Población General, personas que no tienen COVID-19.

2. Personas con COVID-19, que están en aislamiento domiciliario y/o en un medio hospitalario.

3. Población que remitió de COVID-19.

4. Familiares y/o cuidadores de personas con COVID-19.

5. Personal de salud y primeros respondientes durante la emergencia.

A partir de lo anterior, las intervenciones en el ámbito de la salud mental y las adicciones se han realizado en tres momentos diferentes: antes, durante y después de la emergencia sanitaria, bajo distintas modalidades de atención:

1. Capacitación en Salud Mental en Emergencias.

2. Atención en Salud Mental Comunitaria.

3. Atención Pre-Hospitalaria.

4. Atención Hospitalaria (aislamiento domiciliario u hospitalario).

5. Aseguramiento de la Atención en Salud Mental al Personal de Salud y a los Primeros Respondientes.

6. Otorgamiento de Atención Continúa en Salud Mental y Adicciones.

7. Atención Orientada a la Recuperación.

Las actividades esenciales por realizar son:

1. Seguir principios de atención psicosocial que promuevan la salud mental de las personas.

2. Proporcionar la Primera Ayuda Psicológica y la intervención en crisis, según sea el caso.

3. Proporcionar psicoeducación para el cuidado de la salud mental durante la Jornada Nacional de Sana Distancia y la restricción de movilidad.

4. Establecer mecanismos de referencia de pacientes al personal especializado en salud mental.

5. Atender la salud mental de sobrevivientes, de familiares y del personal respondiente a la emergencia.

En este sentido, la reacción de los profesionales de la Psicología ante una emergencia Grado 3 y el llamado realizado por el gobierno mexicano, a través de la Secretaría de Salud, particularmente, por el CONSAME, en primer lugar, obligó a la construcción de un marco teórico y metodológico, que permitiera posesionarse en la definición -para su comprensión-, primeramente ante la amenaza (qué enfrentamos); que daño está causando (riesgo de muertes) y la reacción humana (como lo está confrontando); por tanto, generando una ecuación de reacciones adaptadas, no adaptadas, así como clínicas, en la confrontación con la pandemia

y las medidas de seguridad y mitigación del riesgo. En este sentido, se propusieron algunos modelos de atención e intervención que analizan desde la definición teórica de amenaza, hasta la descripción teórica del amplio panorama de Reacciones Psicoemocionales y Comportamentales, así como los procesos psicoso-cioemocionales que se requieren atender a través del *Modelo de Gestión Angustia Miedo Ansiedad, (AMA)*, desarrollado por la Universidad de Colima, en conjunto con algunas entidades afiliadas a la FENAPSIME.

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PSICOLÓGICOS DE LA FENAPSIME

La Federación Nacional de Colegios, Asociaciones y Sociedades de Psicólogos de México cuenta con presencia en 24 de los 32 estados del país, tiene mayor representatividad del gremio de las psicólogas y psicólogos y es una de las organizaciones participantes en las acciones que lleva a cabo el *Grupo de Trabajo Técnico de Salud Mental (GTTSM)* del *Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME)*.

Para ello, la FENAPSIME se organizó en 8 regiones a nivel nacional, en cada una de ellas participan varios Colegios, Asociaciones y Sociedades profesionales, quienes a través de distintas modalidades, vía telefónica y/o mediante sus páginas web o a través de las redes sociales, particularmente, Facebook y Messenger, brindan lo que se denomina *la Primera Ayuda Psicológica (PAP)*, que consiste en orientar a las personas a reflexionar sobre el hecho de la epidemia, de presentar síntomas o de estar enfermo, sobre qué efectos puede tener para la persona y sobre cómo enfrentar el proceso que sigue. La orientación debe ser muy práctica y proveer tanta información como sea posible y contribuir a resolver los problemas inmediatos de ser necesario continuar con el proceso médico (OMS, 2014).

Ahora bien, es importante diferenciar que a la PAP se le considera como intervención de primer orden, que se da inmediatamente, después o durante la emergencia y que la puede realizar cualquier interviniente de manera telefónica; mientras que a la Intervención en Crisis se le denomina como intervención de segundo orden, que se da semanas después de la emergencia, ambas por parte de un profesional de

la salud mental. Asimismo, cabe señalar que se realiza la aplicación de un Tamizaje en Salud Mental (en este caso, por la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Facultad de Psicología en colaboración con algunas de las entidades integrantes de la FENAPSIME).

En lo que respecta a las acciones que corresponden al tiempo “después” de los picos agudos de contagios, orientadas también a la población general, se dirigen a las personas y a los propios trabajadores de la salud de los centros hospitalarios y del sistema sanitario, que vivirán la pérdida de uno o varios seres queridos, así como el contagio de personas cercanas, por lo que tendrán la carga del cuidado de otros miembros de la familia. También por el hecho de que persistirá el temor a un posible regreso del contagio.

Todas estas acciones de apoyo y atención descritas, denominada como PAP, dirigidas a la población, una vez valoradas por las psicólogas y psicólogos voluntarios permiten que, con base a los siguientes criterios, se les canalice a servicios especializados (Servicios de urgencias psiquiátricas y/u hospitalización):

- Presencia de síntomas persistentes y/o agravados que no se han aliviado con las medidas iniciales, ni a través de las intervenciones a distancia (telefónica o en línea).

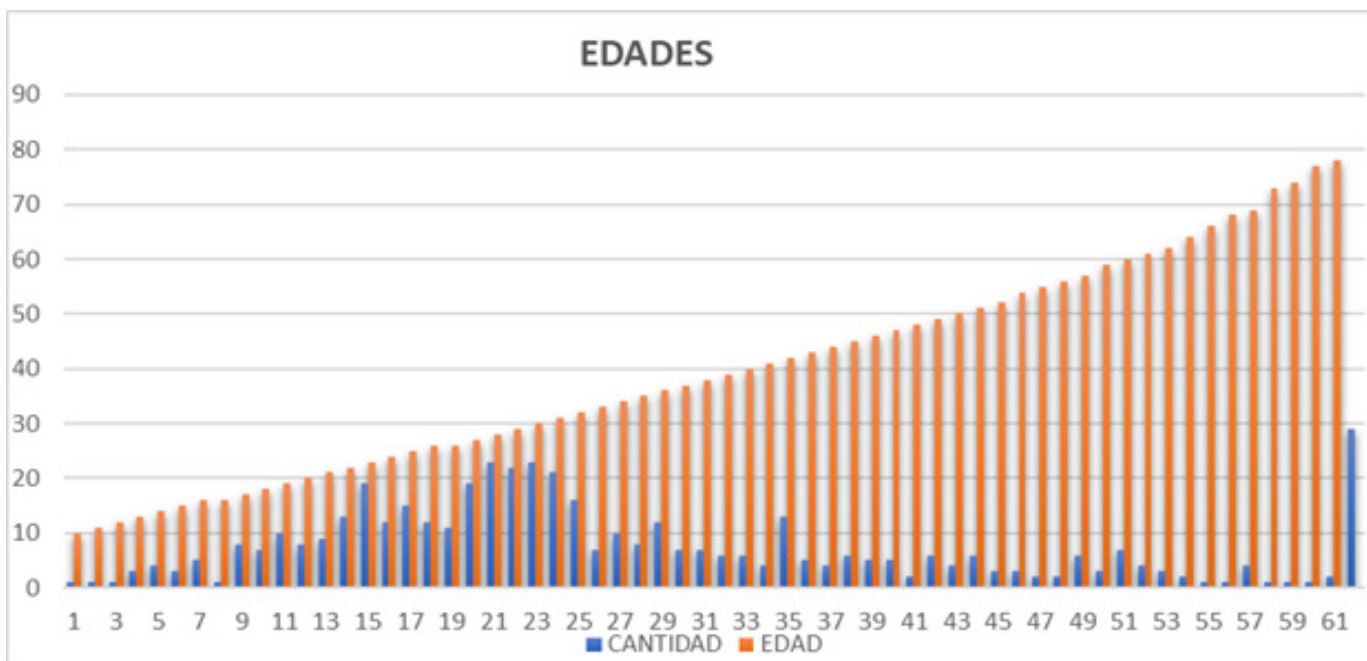
- Exacerbación de síntomas en caso de padecimiento psiquiátrico (depresión severa y/o ansiedad, manía, psicosis, trastorno obsesivo compulsivo y del espectro, trastorno por estrés postraumático, entre otros) con o sin tratamiento que requiera nueva valoración y ajuste de medicamentos.

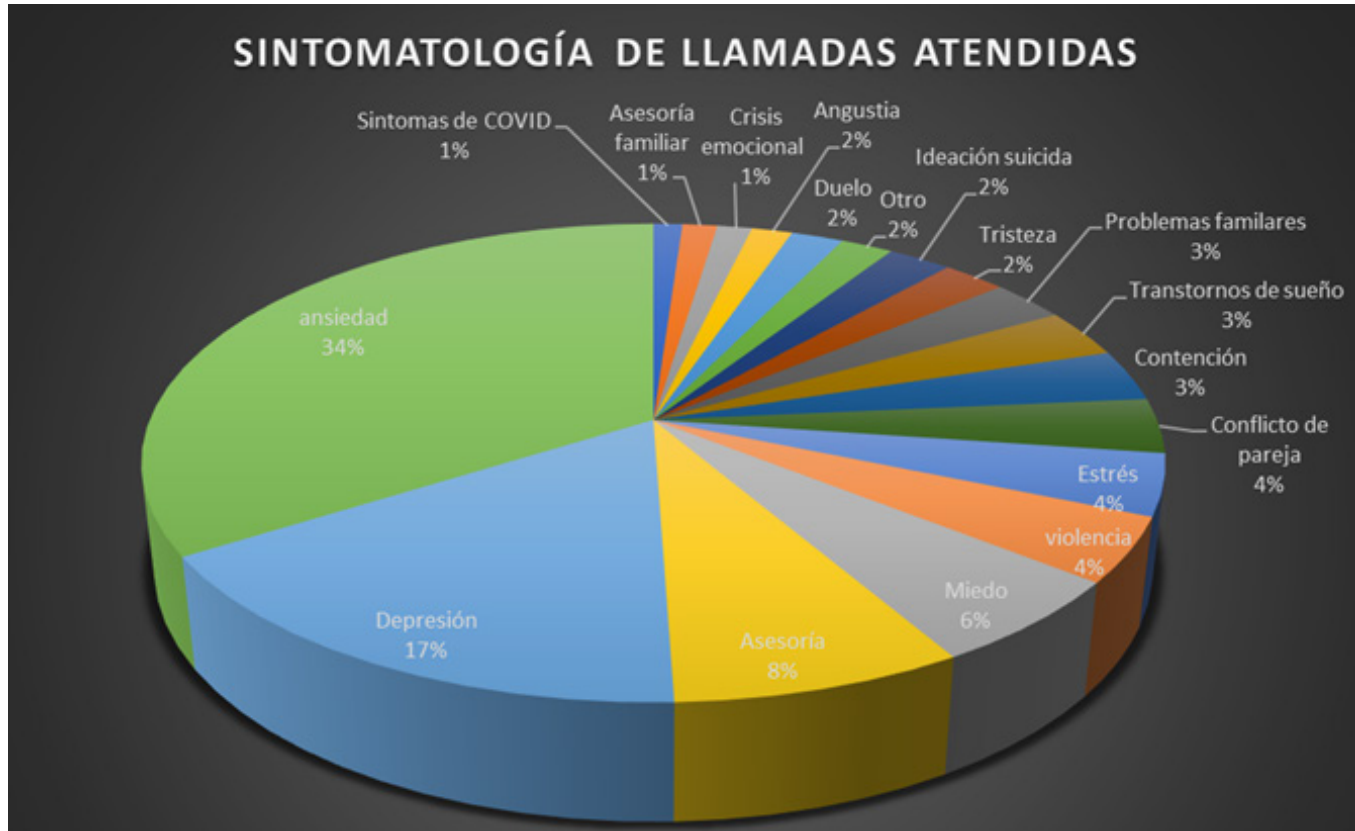
- Presencia de dificultades marcadas en la vida familiar, laboral o social.

- Aparición de síntomas psicóticos, de episodios de manía, de agitación psicomotriz severa, de autolesiones, de ideación o conducta suicida.

- Consumo problemático de sustancias psicoactivas, así como de alcohol y/o de tabaco.

Como parte de las diferentes acciones implementadas para llevar a cabo el apoyo emocional, y psicosocial, el CONSAME conjuntamente con otras Instituciones de Salud, organismos sociales y con la FENAPSIME, estableció la denominada *Línea de la Vida*, un servicio telefónico a nivel nacional. En este sentido, como ya lo mencionamos, en el caso de la FENAPSIME se organizó a través de Brigadas de Atención Psicológica en las siguientes regiones a nivel nacional: Región Noroeste (Baja California, Baja California Sur, Sonora, Sinaloa, Chihuahua, Durango); Región Noreste (Nuevo León, Tamaulipas y Coahuila); Región Oeste (Colima, Jalisco, Michoacán y Nayarit); Región Este (Puebla, Tlaxcala, Veracruz, Hidalgo); Región Centro Norte (Guanajuato, Querétaro, Zacatecas., Aguascalientes y San Luis Potosí); Región Centro Sur (Ciudad de México, Morelos y Estado de México); Región Suroeste (Chiapas, Guerrero y Oaxaca) y Región Sureste (Campeche, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán). Hasta ahora, sin embargo, sólo se han atendido 917 personas, con las siguientes características: 636 Mujeres (69.35 %) y 281 Hombres (30.65 %) (ver gráfica 2).





Fuente: Elaboración propia. Adaptado de COVID-19 México (2020).

Gráfica 2. Distribución de la demanda según edad y síntomas

Algunas de los organismos que participan son: Colegio de Profesionales de Psicología de Sonora, Colegio de Profesionales de Psicología del Estado de Jalisco, Colegio de Psicólogos de Baja California, Colegio de

Psicólogos de Baja California Sur, Colegio de Psicólogos de Celaya, Colegio de Psicólogos de Mazatlán, Colegio de Psicólogos de Michoacán, Colegio de Psicólogos de Salamanca, Colegio de Psicólogos de Tabasco, Colegio de Psicólogos Victorenses, Colegio de Psicólogos del Estado de Guanajuato, Colegio de Psicólogos del Noroeste, Colegio de Psicólogos del Estado de Nuevo León, Colegio Metropolitano de Psicología, Colegio Morelense de Psicología, Colegio Oficial de Psicólogos de Chiapas, Colegio Oficial de Psicólogos de Colima, Asociación de Egresados de Psicología Social, Asociación de Profesionales de la Psicología de la Piedad Michoacán, Psicólogos de Tula y Sociedad de Egresados de La Licenciatura en Psicología de La Universidad de Guadalajara.

LA CIUDAD DE MÉXICO FRENTE A LA COVID-19.

En el caso de la Ciudad de México (CDMX), la situación y las medidas que se han implementado han sido similares a las que ha sido aplicadas por el gobierno mexicano a nivel nacional, pero por tratarse de una de las ciudades más pobladas del país, el número de personas contagiados ha sido de los más elevados, así como donde más fallecimientos han ocurrido. De hecho, las estadísticas proporcionadas por el gobierno mexicano indican que mientras el 89 % de los fallecimientos ocurren en mayor medida en 11 entidades federativas, el 55.7 % se concentran en la CDMX y el Estado de México.

Asimismo, la alerta sanitaria por COVID-19 se mantiene activa. La primera semana de julio de 2020, es la primera en que la CDMX y varios estados del país se encuentran en fase naranja del semáforo epidemiológico, reanudando actividades económicas y sociales de forma gradual. Sin embargo, en la CDMX, 4 de sus 16 alcaldías: Iztapalapa, Gustavo A. Madero, Tlalpan y Álvaro Obregón, son de las más afectadas, de acuerdo a los datos del gobierno de México. A continuación presentamos los datos correspondientes a la Ciudad de México y a la Alcaldía de Iztapalapa porque presentan el mayor número de contagios (gráficas 3 y 4).



Fuente: Elaboración propia. Adaptado de COVID-19 México (2020)

Gráfica 3. Situación de la COVID-19 en la Ciudad de México (21 de julio 2020)

Cabe señalar que, la evolución de la pandemia en la CDMX se determina cada semana y desde hace dos semanas la capital del país se encuentra en color naranja, así lo estableció la jefa de Gobierno de la Ciudad, Claudia Sheinbaum, señalando que se analizará el aumento de los contagios y hospitalizaciones en la CDMX, con el fin de que, a partir de los resultados, se evalúe si se aplicarán mayores medidas restrictivas.



Fuente: Elaboración propia. Adaptado de COVID-19 México (2020).

Gráfica 4. Situación del COVID-19 en la Alcaldía Iztapalapa

Considerando los datos presentados en la Gráfica 4 relativos a la Alcaldía de Iztapalapa, a continuación vamos a presentar algunas de las acciones que se han implementado desde la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa (UAMI), a través del Área de Investigación *Procesos Psicosociales de los Fenómenos Colectivos*, del Departamento de Sociología y de la *Licenciatura en Psicología Social*.

ACCIONES ANTE LA CRISIS SANITARIA DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL EN LA UAMI

De acuerdo con un reporte de la OMS (2018) es trascendental la promoción y la protección de la salud mental en todo momento, es por ello que explica que la salud mental está determinada por múltiples factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales. Entre otros puntos, menciona que la salud mental puede promoverse a través de:

1. Las intervenciones de salud mental en el trabajo (programas de prevención del estrés).

2. Las políticas de vivienda (mejora de las viviendas).

3. Los programas de prevención de la violencia (la reducción de la disponibilidad del alcohol y del acceso a las armas).

4. Los programas de desarrollo comunitario (iniciativas de colaboración ciudadana y de desarrollo rural integrado).

5. La reducción de la pobreza y la protección social para los pobres.

6. Legislación y campañas contra la discriminación.

7. Promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales.

Los puntos anteriores permiten enfocar los objetivos de la intervención psicosocial, porque hasta el momento, la mayoría de las recomendaciones derivadas de la atención psicológica se concentran en la disminución del estrés agudo, lo cual es viable en una situación de emergencia, derivada en concordancia a la Primera Ayuda Psicológica (PAP) y/o Primeros Auxilios Psicológicos, sin embargo, la crisis actual, prevalecerá durante varios

meses más y las consecuencias a mediano y a largo plazo no se limitarán sólo al mantenimiento de la salud física o mental, sino que se vislumbran serias consecuencias económicas, políticas, educativas, sociales y, por supuesto, psicosociales.

Ramírez-Ortiz et al. (2020) explica que las intervenciones psicosociales en casos de desastres deberían estructurarse desde la multidisciplinariedad, contar con la visualización de las intervenciones como procesos, la voluntad política de los estados para integrar los aspectos psicosociales en los desastres en su marco legal y, sobre todo, considerando el rol protagónico de la comunidad, sin embargo, la salud mental no es una prioridad para los estados en medio de estas condiciones adversas.

En el caso de México, no es que no se hayan hecho programas de atención al respecto, pero su aplicación se mantiene dentro de las instituciones, impidiendo que el apoyo se acerque a las zonas con mayor riesgo psicosocial o con más eventos adversos a su alrededor.

La inseguridad y la incertidumbre vinculadas con la pandemia, así como la falta de claridad sobre lo que sucederá en un futuro, son caldo de cultivo para la aparición de conductas que afectan la convivencia social (Gallegos, et. al., 2020) porque el miedo genera comportamientos sociales negativos y percepciones distorsionadas de riesgo provocando problemas de salud pública como ira, bajo control de impulsos, abuso de alcohol, ideaciones suicidas, entre otras (Urzúa, et al., 2020). Estas conductas provocan que los niveles de conflicto intergrupales aumenten, por ejemplo, se han presentado procesos de exclusión social donde se agrede a grupos vulnerables o incluso a personal de salud (Bedoya, 2020).

Por lo anterior, la atención de la salud mental se vuelve ineficaz por sí misma si no se consideran todos los factores sociales-contextuales que caracterizan a las distintas poblaciones. En México (aunque no de forma exclusiva), la crisis sanitaria mostró todas las ineficiencias del Estado en distintos niveles: Sistema de Salud ineficiente, problemas económicos que se agudizaron en los últimos años (PNUD, 2020), serios problemas de violencia social, violencia de género en crecimiento (Casique, 2020), retrasos en el sistema educativo

(Chehaibar, 2020), todos estos factores en conjunto muestran distintos niveles de vulnerabilidad distribuidos a lo largo de todo el país que deben ser atendidas pensando en las necesidades a nivel local (Lastra, et. al., 2020).

Se parte de la base de que todos los habitantes experimentaron cambios drásticos en su vida cotidiana, desde el encierro, el aumento de las jornadas laborales y estudiantiles a distancia, restricción de movimiento, convivencia cercana con la familia. Esto es importante detectarlo para configurar así el trabajo de intervención psicosocial, es claro que no puede abarcarse todas las circunstancias, sin embargo es importante considerar todas las variables, dado que la vivencia por el estrés es diferente y las intervenciones, pese a que tienen un eje teórico y práctico de base, pueden tener temáticas más dirigidas.

El principal objetivo de la intervención psicosocial es proveer de elementos que coadyuven para que los sujetos construyan un ambiente seguro, estrategias que les permitan generar rituales que les permitan sentir que tienen el control de la situación y regresar así a la cotidianidad, pese al riesgo preexistente, que diferencien entre lo que pueden controlar y lo que no pueden evitar pese a todo y complementarlo con la creación de grupos de apoyo comunitario, en donde entre todos generen estrategias económicas y de comunicación institucional, para mejorar la vida de los habitantes.

ACOMPañAMIENTO PSICOSOCIAL PARA ADULTOS MAYORES.

Para el caso de los adultos mayores, si bien las acciones para el acompañamiento psicosocial han tenido la misma estructura que para la población adulta joven, hay consideraciones especiales que debemos tener en cuenta. Por ejemplo, el adoptar las medidas de distanciamiento social que se toman para frenar la transmisión persona-persona del COVID-19 puede llegar a ser particularmente difícil para las personas adultos mayores. La disminución de la interacción social, limitar la convivencia con sus familias o no contar con los medios o el conocimiento para hacer uso de los recursos tecnológicos disponibles actualmente

puede exacerbar el aislamiento y el abandono en el que viven algunos adultos mayores impactando negativamente en su salud mental: estado anímico, funcionamiento cognitivo, calidad del sueño y su salud en general.

Asimismo, debemos recordar que los adultos mayores son la población que lleva mayor tiempo bajo confinamiento y distanciamiento social. Lo anterior junto con otros factores como el temor a la infección, la frustración, el aburrimiento y el manejo inadecuado de la información; puede llevar a que, en pro de evitar el contagio, se deteriore su salud mental.

Al respecto, en la UAMI, ubicada en la Ciudad de México, a través del Área de Investigación *Procesos Psicosociales de los Fenómenos Colectivos*, conjuntamente con la *Asociación de Egresados de Psicología Social (AEPSO, A. C.)*, se llevan a cabo el *Programa Atención Integral para Adultos Mayores durante la pandemia por COVID-19*, que atiende aproximadamente a 100 adultas y adultos mayores habitantes de la Colonia Leyes de Reforma, en la Alcaldía Iztapalapa, a través de llamadas telefónicas que se realizan cada semana para disminuir los impactos negativos que pueden presentar en su salud en general y, en particular, en su salud mental.

Debe asumirse que, entre otras cuestiones, se debe ser consciente que esta situación suma a las pérdidas propias durante el proceso de envejecimiento (funcionamiento físico, independencia, salud, económicas) que los adultos mayores pueden estar viviendo. En virtud de esto, se busca identificar a quienes cuentan con redes de apoyo pobres o a quienes presentan problemas en sus relaciones interpersonales; promover la comunicación con sus familiares y amigos por los medios que tenga a su alcance; enfatizar la importancia de realizar algunas actividades que impliquen movimiento físico y que pueda realizarlas dentro de casa, dado que realizar algo de actividad física disminuye la preocupación sobre el funcionamiento corporal, modifica el foco de atención y favorece que disminuya la intensidad de los síntomas ansiosos; invitarlos a que se involucren en las actividades del hogar que les sea posible, en tanto que no hacer actividades diarias puede provocar adelanto en la fase de sueño, con lo cual presenta inicio de sueño de forma precoz con despertares igualmente precoces.

Por otra parte, también es importante considerar que el contexto en el que se encuentran los adultos mayores requiere de un acompañamiento psicosocial efectivo durante sus procesos de duelo debido a distintas pérdidas. Por ejemplo, el temor o “miedo a contagiarlos” puede generar abandono y consecuencias derivadas de éste por lo que se implementa el Programa *Acompañamiento psicosocial en procesos de duelo*.

PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD COMUNITARIA

La UAMI realiza desde 2014, en una de las zonas de mayor pobreza de la CDMX, en la colonia San Miguel Teotongo de la Sierra de Santa Catarina en la Alcaldía de Iztapalapa, el proyecto *Psicología Social de la Salud Comunitaria* (PSSC), una propuesta de Investigación–Intervención que parte del reconocimiento de la íntima relación que existe entre los procesos psicosociales, el contexto sociocultural y los comportamientos ligados al proceso salud-enfermedad. Se propone, también, vincular la formación del psicólogo social de la UAMI a propuestas de política social y colaborar en el mejoramiento del bienestar y la calidad de vida de las personas de esa comunidad.

A través de acciones psicosociales en salud se desarrolla una estrategia de atención ecológica sistémica a nivel comunitaria, donde se evalúan los efectos de los acontecimientos de vida en las personas y se les capacita a ellas y a sus familiares en su manejo psicosocial y en la modificación y adaptación de su estilo de vida. La Investigación Acción Participativa es la estrategia metodológica fundamental de este proyecto, ya que vincula la participación social con la generación de conocimiento, los procesos educativos y la transformación de la realidad comunitaria. Facilita, por tanto, llevar a cabo acciones que vinculan la salud con el género, los derechos humanos, el estilo de vida, la enfermedad crónica, el medio ambiente, la migración, la discapacidad, las redes sociales, el conflicto y la organización social.

El proyecto PSSC se ha posicionado en la Licenciatura en Psicología Social de la UAMI como una opción terminal para los estudiantes que cursan los últimos tres trimestres en una modalidad de cierre de carrera

llamada "Año de Investigación". Con diferentes temáticas: "*Bienestar y Calidad de Vida en Enfermos Crónicos y Personas con Discapacidad*" (20014-2015), "*Bienestar y Calidad de Vida en Cuidadores y Personas Dependientes*" 2015-2018) y "*Construcción de Redes Comunitarias para la Convivencia, la no Violencia y el Buen Trato*" (2018-2020); de 2014 a la fecha se han inscrito, cursado y titulado 96 alumnos.

El proyecto PSSC ha logrado en esta etapa, mayor interlocución con la comunidad y sus organizaciones (Unión de Colonos de San Miguel Teotongo A.C, Centro de Promoción Humana A.C y Techo Fraternal A.C), apoyado su empoderamiento, su iniciativa pública ciudadana y su capacidad de gestión local a través de la "Red Unidos por una Vida Digna en la Sierra de Santa Catarina". Se ha integrado una red de, 5 grupos de apoyo social comunitario (cada uno cuenta en promedio con 20 integrantes) y se ha prestado atención directa y domiciliaria a más de 200 personas y de forma indirecta a más de 600 (cuidadores, enfermos crónicos, personas con discapacidad y adultos mayores).

Este proyecto participa desde 2019 con la Alcaldía de Iztapalapa en la construcción, organización y ejecución del "Sistema Público de Cuidados", primer programa de política social en el país que se constituye como instrumento de gobierno para crear las condiciones que garanticen el derecho a los cuidados y los derechos de aquellos que cuidan. En el primer año se atendieron a 2,127 cuidadoras (1,941 mujeres y 186 hombres).

Debido a la pandemia de COVID-19 la última parte del trabajo de construcción de *Redes de Cuidadoras Comunitarias para la Convivencia, la no Violencia y el Buen Trato* se tuvo que modificar y adaptar a las circunstancias de las 32 participantes y sus familias. Esta estrategia comunitaria contempla 20 sesiones domiciliarias que permiten el encuentro y el vínculo con las cuidadoras interesadas y 10 sesiones grupales. En las primeras se monitorean y promueven cambios que incidan en el bienestar social, psicológico y psicofisiológico y las últimas son acciones conjuntas que estimulan la solidaridad, fortalecen el control y redistribución del poder psicosocial y político de la comunidad. En este momento se construye una red convivencial de apoyo social comunitario para el cuidado orientada a la reconstrucción del tejido social y la apropiación del espacio público.

El distanciamiento social y el confinamiento domiciliario impidieron nuestras reuniones grupales, pero se facilitó la creatividad para organizar un sistema de comunicación con las participantes a distancia, vía telefónica y con algunos pocos por wathsApp. Se fomentó el diálogo a través de materiales inductores (trípticos, infogramas, etc.) y preguntas generadoras que permitieron la reflexión sobre la convivencia y sus principios: aprender a... cuidarse, interactuar, comunicarse, no agredir, respetar el entorno, valorar el saber y decidir en grupo. Así mismo se relacionaron los principios de convivencia con las necesidades y problemas de salud asociados con la pandemia de COVID-19: ansiedad y estrés, depresión, duelo, sentimientos y emociones, dormir, alimentación, conflictos y consumo de alcohol.

A partir de la experiencia realizada en el contexto de la pandemia con cuidadoras de San Miguel Teotongo y debido al aumento de contagios y defunciones en la alcaldía de Iztapalapa CDMX, se inicia en agosto, con los nuevos integrantes inscritos en el proyecto de PSSC, el Año de Investigación: *“Construcción de Redes Comunitarias para la Convivencia con víctimas, testigos y sobrevivientes de COVID-19”*. El propósito es reconocer que las formas de convivencia en la sociedad futura serán distintas. Quizás el sufrimiento genere en las personas temor de los demás, encerrándose en entornos conocidos. Pero también es posible que se vuelvan más igualitarias y que la solidaridad y la empatía reemplacen al egoísmo y la avaricia.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PROFESIONALES DE LA SALUD

Indudablemente, ante la pandemia provocada por la COVID-19, los que tienen la mayor probabilidad de sufrir contagios son quienes laboran en el sistema sanitario, debido a que se encuentran en exposición permanente al atender a las personas que acuden a los centros hospitalarios y de salud, sobre todo, a los de carácter público, pero también a las instituciones y hospitales privados.

Ante esta situación, la Secretaría de Salud a través de los Servicios de Atención Psiquiátrica, el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad Nacional Autónoma de México junto con el Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto Nacional de

Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, han sumado esfuerzos para diseñar una estrategia dirigida a los trabajadores de la salud y personal de apoyo y administrativo que forman parte del Sector Salud (doctores, enfermeras, trabajadoras sociales, paramédicos, camilleros, recepcionistas, afanadoras, cocineros, etc.).

En efecto, ahora más que antes, es frecuente que los profesionales de la salud afronten lo que están viviendo mediante la negación, porque debido a la labor que realizan constantemente tienen que afrontar el cansancio y las pérdidas. En casos particulares y graves como el que estamos viviendo, se suma el esfuerzo de autorregularse para “estar bien” ante la sobre-demanda asistencial, la falta de recursos, el poco personal, la soledad, el aislamiento, la muerte de sus compañeros de trabajo, el confinamiento y el temor de infectar a sus familiares y seres queridos. Por decirlo de alguna manera: el “estar acostumbrado al estrés, no nos hace inmunes al mismo”.

De hecho, la reacción inicial más común que se presenta en el personal de la salud son las respuestas de estrés agudo. No obstante, las manifestaciones se presentan a diferentes niveles:

NIVEL FÍSICO: cansancio, náusea, mareo, cefalea, taquicardia, insomnio, falla de memoria.

NIVEL PSICOLÓGICO: intolerancia, frustración, pensamiento acelerado y/u obsesivo, inquietud e hipervigilancia.

NIVEL EMOCIONAL: ansiedad, irritabilidad, miedo, angustia.

NIVEL PSICOSOCIAL: incomunicación, aislamiento, afectación en sus relaciones familiares y/o de pareja, disminución de sus redes sociales y de apoyo, rechazo, recibir agresiones, insultos, discriminación.

También es importante señalar que en algunas ocasiones estas respuestas son manejables por ellos mismos; sin embargo, cuando no lo pueden hacer adecuadamente, esta situación puede favorecer el desarrollo de

algunas condiciones clínicas, como burnout, fatiga por compasión, trastorno depresivo mayor, trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático, entre los más frecuentes.

Con la finalidad de evitar desenlaces desfavorables se promueve en el personal de salud las recomendaciones que organismos internacionales y nacionales han señalado indispensables, como son:

- Satisfacer sus necesidades básicas: comer, hidratarse y dormir con regularidad para optimizar su capacidad de proporcionar atención a sí mismo y a otros.

- Mantenerse actualizado. Consultar sólo fuentes confiables de información y participar en proyectos o reuniones donde se proporcione información relevante.

- Formar grupos entre el personal al concluir su turno laboral para expresar y compartir las emociones vividas.

- Aunque la principal red de apoyo de los profesionales de la salud es en la mayoría de los casos sus compañeros de trabajo se debe favorecer el contacto con miembros de su familia. Es frecuente que algunos profesionales debido al miedo de contagiarse evitan estar en contacto con sus familiares, por lo que se debe promover en estos casos el uso de recursos en línea.

- Se debe promover que las conductas que los profesionales de la salud realizaban previamente para el cuidado de su salud las mantengan, como realizar actividad física, meditación, escuchar música, pintar, etc. Se recomienda programar un periodo posterior a su jornada laboral para realizar una actividad relajante y que le distraiga.

- Evitar contacto con información relacionada a COVID-19 durante las 2 horas posteriores al turno laboral.

- Todos los profesionales de la salud pueden apoyar escuchando a otros profesionales las veces que sea necesario sobre sus historias de pérdidas.

- Se recomienda que los interventores y otros profesionales de la salud apliquen las técnicas de mindfulness, relajación muscular progresiva y respiración diafragmática que recomiendan en sus intervenciones.

- Ante la pérdida de un paciente o familiar los profesionales de la salud pueden participar de rituales de despedida y emplear los “rituales alternativos”.

- Realizar mecanismos de afrontamiento de alto nivel como el altruismo y la sublimación mediante actividades artísticas y deportivas.

- Reconocer y favorecer la concientización entre los contactos de la importante labor que los profesionales de la salud realizan en esta contingencia.

- Auto-monitoreo. Observar y evaluarse si se presentan signos importantes de estrés. Reportar la presencia de estos síntomas a algún familiar, amigo, compañero o supervisor.

- Evitar el consumo excesivo de alcohol u otras sustancias y el consumo excesivo de estimulantes debido a que pueden alterar la percepción del evento y generar mayor ansiedad. (Gobierno de México 2020b).

De igual manera, el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” con el propósito de apoyar a los trabajadores de la salud abrió, inicialmente, 4 clínicas virtuales de atención: Clínica Virtual 1 para atender *Crisis Emocionales, Riesgo Suicida y Sintomatología graves*; Clínica Virtual 2 para *Consumo de Sustancias (Tabaco, alcohol y otras)*; Clínica Virtual 3 para *Ansiedad, depresión y Somatización* y Clínica Virtual 4 para *Burnout, Estrés postraumático y Fatiga por compasión*. Además, con la participación de la FENAPSIME y la AEPSO de la UAMI, se abre en julio la quinta Clínica Virtual para atender *Duelo y final de la vida*.

Asimismo, para los profesionales de la salud que se consideren emocionalmente afectados se les recomienda que respondan a través de internet el instrumento denominado PCL-DN-18, complementado instrumento de tamizaje en emergencias (UNAM) para que evalúen de forma más segura algunos síntomas que puedan presentar, y de ser necesario acudan a las clínicas virtuales antes mencionadas.

Existen otros esfuerzos por parte de otras instituciones de salud, de organismos nacionales e internacionales, de universidades públicas y privadas, así como de organizaciones de la sociedad civil, que ofrecen seminarios, cursos, conferencias, talleres o todo tipo de actividades de apoyo para la población en general y además para el personal de salud, debido al impacto sanitario y social que ha tenido la pandemia, pero por las implicaciones que tiene el Instituto Nacional de Psiquiatría, en este apartado sólo se ha descrito con amplitud esta iniciativa, que realiza conjuntamente con otras asociaciones de profesionales de la Psicología, especialmente, que trabajan con procesos de acompañamiento en duelo dirigidos al personal de salud.

No obstante, en el siguiente apartado, como grupo de investigación que integra el Área de *Procesos Psicosociales de los Fenómenos Colectivos* de la UAMI y la *Red Académica de Investigación e Intervención en Psicología de la Salud* (REDIPSA) se presentan otros programas que se realizan, así como algunas propuestas que se consideran importantes y necesarias para enfrentar la pandemia por COVID-19 en México.

PROPUESTAS DE ESTRATEGIAS, PROGRAMAS O PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

La prioridad de la Psicología Social de la Salud no es ver el bienestar desde una perspectiva individual, sino comunitaria, apoyada en los recursos sociales e institucionales disponibles. Al menos en México, es importante generar un eje de consecuencias principales, en donde la intervención psicosocial pueda dirigirse y ser efectiva.

Es muy importante separar en cohortes generales las intervenciones que puedan hacerse, donde se considere:

a. Médicos y Enfermeras, personal implicado en el mantenimiento de los hospitales y en personal gubernamental con contacto directo con enfermos / Familias

b. Enfermos/Cuidadores/con la afectación de su economía

c. Enfermos/Cuidadores/sin la afectación de su economía.

d. Familias con el deceso de algún integrante sin la afectación de su economía.

e. Familias con el deceso de algún integrante con la afectación seria de sus ingresos económicos.

f. Familias sin un enfermo cercano con la afectación de sus ingresos económicos.

No es generar diferentes intervenciones, sino una propuesta general, que atienda cada una de las necesidades específicas, considerando los contextos. La propuesta puede abordar los siguientes elementos (Pérez-Ramos, 2020):

a. Nivel de Intervención Fisiológica

Objetivo: Control del nivel de estrés agudo y control de la ira.

Técnicas: 1. Técnicas de respiración profunda. 2. Autogestión del estrés. 3. Hábitos de autocuidado.

Mediciones: 1. Temperatura periférica. 2. Medición de la frecuencia cardíaca durante la negociación entre madres e hijos. 3. Medición de la frecuencia cardíaca durante el entrenamiento en técnicas de respiración profunda.

b. Nivel de Intervención Socio-emocional.

Objetivo: Desarrollo de la empatía y mejora de habilidades asertivas.

Técnicas: 1. Reconocimiento de necesidades y emociones del otro. 2. Favorecimiento de la escucha activa y acompañamiento. 3. Normas de convivencia sana en el hogar.

Mediciones: 1. Rotulamiento emocional. 2. Estrategias empáticas aplicadas en cotidianidad. 3. Distribución de roles y tareas domésticas específicas.

c. Nivel de Intervención Conductual.

Objetivo: Mejora en las estrategias de negociación aplicando las estrategias aprendidas en los niveles fisiológico y socioemocional.

Técnicas: Fomento de conductas positivas (por ejemplo: valoración, búsqueda de soluciones, apoyo) sobre las negativas (críticas, órdenes, desprecio) durante las tareas observacionales y en las interacciones diarias dentro del hogar.

Mediciones: Análisis conductual derivado de las observaciones videograbadas y seguimiento semanal de las soluciones dadas a situaciones conflictivas en la familia.

De igual manera, como Grupo de Investigación en Psicología Social de la Salud se propone la Evaluación psicosocial efectiva basada en evidencia, derivada de la pandemia por COVID-19.

Las intervenciones psicológicas basadas en evidencia son un conjunto de prácticas profesionales orientadas a mejorar la calidad de vida y la salud mediante estrategias sensibles y específicas. Estas intervenciones requieren evaluarse mediante sistemas de medición eficaces, confiables y válidos que puedan implementarse de manera colectiva. Los protocolos de evaluación psicométrica de estrés al COVID-19 en México han sido implementados en línea por algunas Universidades como la UNAM (2020) y el Hospital Civil de Guadalajara (PsiCOVID-19, 2020). En el primer caso, la valoración psicométrica la realiza el usuario mediante la auto-aplicación de distintas preguntas; sin embargo, el sistema no le indica qué área se está explorando, y al término de la evaluación se emite una valoración general sin otorgar un diagnóstico preciso de cada área. En contraparte, el sistema PsiCOVID-19, permite al usuario valorar 4 áreas mediante escalas breves psicométricamente validadas en: Temores, Tristeza, Preocupaciones y Estrés. En este caso, cada escala se presenta por separado y el usuario puede elegir cuál realizar. Además, al finalizar, cada instrumento otorga un resultado preciso de esa área. En caso de que la persona obtenga un puntaje desfavorable en cada área, el sistema le sugiere algunas recomendaciones. Sin embargo, esta valoración se centra sobre escalas de exploración cognitivo-afectivas, sin incorporar aspectos psicosociales, como el apoyo social, el cual se define como los recursos afectivos, instrumentales e institucionales con los que cuenta una persona para hacer frente a una situación adversa.

Un recurso institucional implementado por la Secretaria de Salud del Gobierno de México, son los documentos "*Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia por COVID-19 en México*" (Secretaria de Salud, 2020a), para población general, y las "*Recomendaciones y estrategias generales para la protección y la atención a la salud mental del personal sanitario que opera en los Centros COVID y otras instalaciones que prestan atención a los casos sospechosos o confirmados*" (Secretaria de Salud, 2020b), para personal sanitario, aunque solo el primero de ellos recomienda instrumentos de tamizaje para la evaluación psicométrica de problemas afectivos.

En colaboración con un grupo interdisciplinario en Ingeniería y Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, sumamos la experiencia en Psicología Social de la Salud del Área de Investigación *Procesos Psicosociales de los Fenómenos Colectivos*, de la UAMI, a la realización de un proyecto en común sobre la valoración y el diagnóstico de estrés al COVID-19. Adicionalmente, se asesoró a las psicólogas clínicas del Hospital Regional “Ignacio Zaragoza”, ISSSTE, para el manejo de la salud mental de personal médico del mismo hospital. Se pusieron al alcance 3 protocolos de evaluación en línea para generar perfiles psicométricos de estrés al COVID-19:

1. Perfil psicométrico de estrés a la COVID-19 en adultos jóvenes y maduros.

2. Perfil psicométrico de estrés a la COVID-19 en adultos mayores.

3. Evaluación psicológica de estrés laboral por COVID-19 en personal sanitario.

Los académicos de universidades públicas responden ante la contingencia por la pandemia COVID-19 poniendo al alcance de los profesionales de la salud, así como de los grupos comunitarios con los que se trabaja, el conocimiento científico basado en evidencia y los recursos profesionales disponibles para articular los proyectos de investigación al servicio de las necesidades de atención psicosocial (algunos de los proyectos y programas implementados fueron mencionados anteriormente).

La evaluación de estrés derivada por la pandemia COVID-19 tiene como objetivo la detección personas y/o grupos vulnerables, quienes serían el grupo blanco de intervención psicosocial. Para la evaluación psicosocial basada en evidencia, el Área de *Procesos Psicosociales de los Fenómenos Colectivos* de la UAMI y un grupo interdisciplinario en Ingeniería y Enfermería, de la Universidad Autónoma de Querétaro, han desarrollado un sitio web con un protocolo de evaluación psicométrica de estrés al COVID-19, para dos grupos de adultos: los jóvenes-maduros y los adultos mayores (Figura 1). Este sitio web pretende recolectar datos sobre la salud mental, en primera instancia regional y, posteriormente, a nivel nacional. Se deben aceptar

los términos y condiciones de un consentimiento informado, y se puede acceder a la plataforma mediante el número celular, una cuenta de gmail o facebook (Morales, et al., 2020).

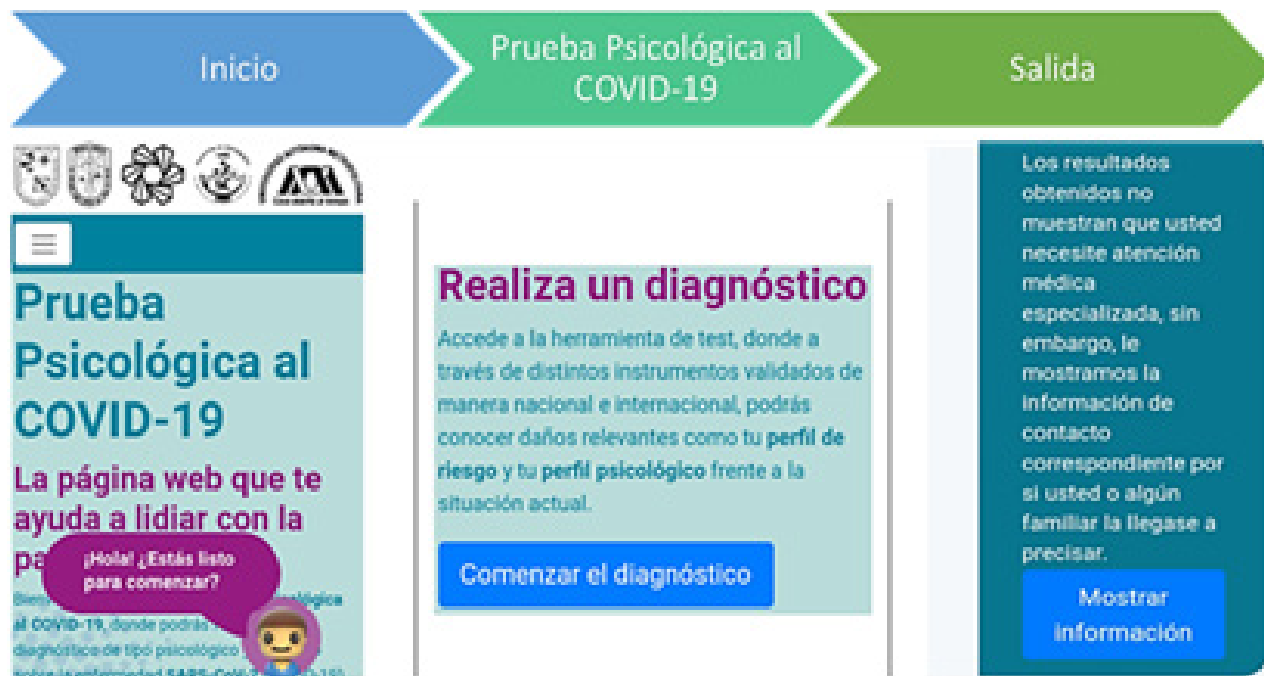


Figura 1. Desarrollo de un sitio para la evaluación psicológica al estrés por COVID-19. Adaptado de Morales, et al. (2020).

El sitio web utiliza un sistema interactivo de chatbot en la cual el participante responde cada pregunta una a una de una pantalla desplegable, facilitando la visualización, reactivo por reactivo, en lugar de desplegar los formatos tradicionales en forma de tablas de las mismas escalas psicométricas. Esta modalidad interactiva

de preguntar reactivo por reactivo y desplegar las opciones de respuesta en cada uno, supone una ventaja para la valoración psicológica, pues permite mantener la atención focalizada del participante respondiendo una a una la opción de respuesta desplegable. Al finalizar la evaluación psicológica, arroja un resultado para conocer si el usuario requiere o no la atención psicológica especializada.

El sistema carga uno u otro protocolo, según la edad del participante, para administrar determinadas escalas psicológicas validadas en México en sus versiones breves. Si el sujeto da positivo a un trastorno del espectro ansioso o del estado anímico en las escalas breves, el sistema carga la Escala de Estrés Agudo, la Escala de Estrés Postraumático, e Inventario de Depresión de Beck, las cuáles se recomiendan por las guías clínicas de tratamiento para el manejo de ansiedad y de depresión que emite la Secretaría de Salud en México.

Para la población en general, la valoración psicológica utiliza escalas nacionales e internacionales sensibles y específicas al estado anímico, miedo a contraer COVID-19, cuestionario de salud del paciente y apoyo social. La figura 1 presenta el diagrama de flujo para la valoración psicosocial de estrés al COVID-19 para el caso de los adultos jóvenes y maduros (figura 2a) y para los adultos mayores (figura 2b). Las escalas utilizadas para los protocolos de evaluación psicológica fueron:

1. Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS). Validada en México (Robles & Páez, 2003), es un instrumento auto-aplicable de 20 reactivos, 10 estados afectivos negativos y 10 estados afectivos positivos en las que el participante califica la intensidad del 1 – 5 con opciones de respuesta tipo likert. Cuenta con confiabilidad que van de $\alpha = .81$ a $.85$.

2. Cuestionario de Miedos al COVID. Instrumento de 18 reactivos sobre temores y preocupaciones al contagio del nuevo coronavirus, escaseo de alimentos y productos básicos (Sandín et al., 2020). El participante califica la intensidad de percepción de estos temores con una escala tipo likert que va de entre el 1 – 5 puntos. La estructura factorial obtenida fue muy consistente y reveló los siguientes cuatro factores con coeficientes de confiabilidad que van de $\alpha = .72$ a $.89$.

3. Cuestionario de Salud del Paciente – 4 (PHQ-4). Es un cuestionario de 4 reactivos en escala tipo Likert de 0 – 3 puntos de intensidad de medición breve y precisa de síntomas de depresión y ansiedad (Kroenke et al., 2009). En México se ha aplicado por Rodríguez et al. (2018).

4. Cuestionario de Apoyo Social de MOS. Es un instrumento de 20 reactivos con 5 opciones de respuesta tipo Likert, el cual evalúa recursos sociales afectivos, instrumentales y de ocio con los que dispone el participante (Suárez, 2011) con consistencia de $\alpha = 0.97$.

5. Inventario de Ansiedad Geriátrica - Versión Corta (GAI-SF). Se trata de un instrumento de 5 reactivos cuyas afirmaciones debe responder el participante con opciones de respuesta dicotómica si coincide o no coincide. Su uso está recomendado por la guía Clínica del IMSS para la valoración de presencia o ausencia de ansiedad en población geriátrica.

6. Escala de Trastorno de Estrés Agudo. Es un instrumento aplicable para valorar la sintomatología del trastorno de estrés agudo, validada a población mexicana con un alto índice de confiabilidad $\alpha = .96$ (Bryant, Moulds, & Guthrie, 2000, adaptación mexicana de Durón, Cárdenas & De la Rosa, 2017). Consta de 19 reactivos en los cuales el participante debe calificar del 1 – 5 puntos el nivel de intensidad.

7. Escala de Estrés Postraumático. Se trata del sub-apartado de la MINI Entrevista Neuro-psiquiátrica Internacional, con propiedades psicométricas aceptables recomendada por la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático (Secretaría de Salud, 2011). Durante esta entrevista diagnóstica se realizan 16 preguntas, sobre diversas situaciones y síntomas de estrés pos-traumático para establecer la presencia o ausencia del trastorno. El participante responde, de manera dicotómica, a las opciones Sí o No la presencia de haber experimentado una situación traumática, evitación del estímulo, dificultades cognitivas, distanciamiento social, sensación de inquietud y sobresalto ante cualquier situación inesperada.

8. Cuestionario de Salud del Paciente – 2 (PHQ-2). Se trata de un instrumento breve de 2 reactivos para valorar la presencia de depresión, validado en México por Arrieta et al. (2017), con una sensibilidad de 80 % y una especificidad de 86.88 %. Las opciones de respuesta son de tipo likert que van de 0 – 3 puntos en cada reactivo.

9. Inventario de Depresión de Beck – II. Es un instrumento psicométrico de 21 reactivos que evalúan 3 factores que constituyen los trastornos anímicos, con opciones de respuesta likert de 0 a 3 puntos, con una consistencia interna $\alpha = .92$.

Para el caso del personal sanitario, cuyas funciones laborales de exposición día a día en un hospital no le permiten disminuir el estrés por el riesgo a contagiarse de COVID-19, se ha implementado una valoración psicométrica distinta, con objeto de atención clínica para quien requiera apoyo psicológico especializado mediante escalas de ansiedad, depresión y burnout, los cuáles se aplicarán a todo el personal que trabaja en un hospital de tercer nivel de la zona oriente de la Ciudad de México, una de las zonas con mayor riesgo de contraer COVID-19, por su densa población, condición socioeconómica marginada y bajo nivel de escolaridad (COVID-19 México, 2020).

En (a) se muestra el diagrama de flujo de evaluación psicosocial para el adulto joven – maduro. En (b) aparece el árbol de toma de decisión para el adulto mayor. En azul marino se muestran todas las escalas psicométricas por las que pasan ambos grupos; en amarillo los puntos de corte si es necesario aplicar la escala subsecuente, en consecuencia, la orientación hacia la atención psicológica especializada.

En línea se disponen algunos sitios web para el apoyo psicológico, los cuáles pueden ser auto-aplicados, y servicios profesionales de atención clínica vía remota. El Gobierno de México (2020), a través de su página web, en su sección *Cuida tu Salud Mental*, ofrece algunos recursos digitales, entre los cuáles, incluye un directorio de servicios institucionales para el apoyo psicológico.

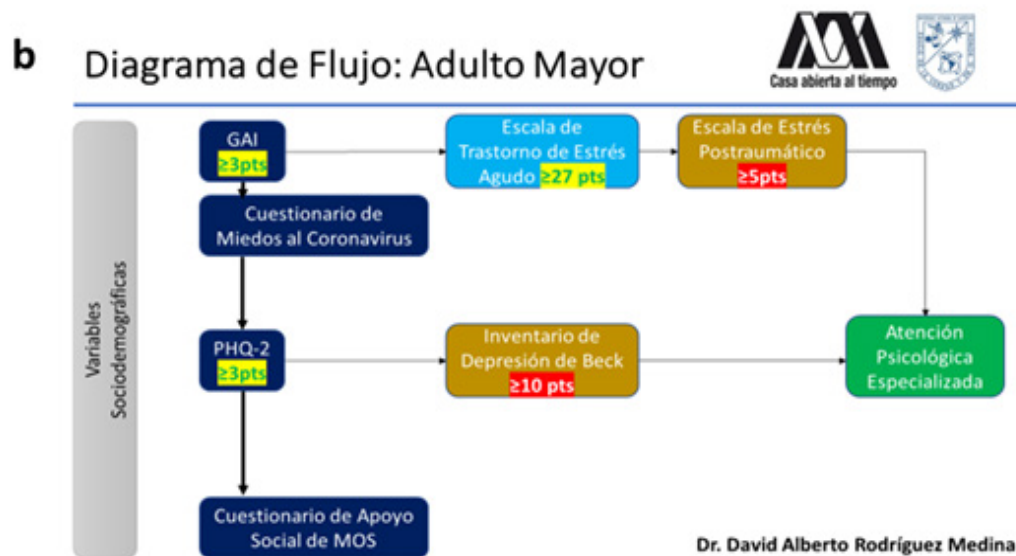
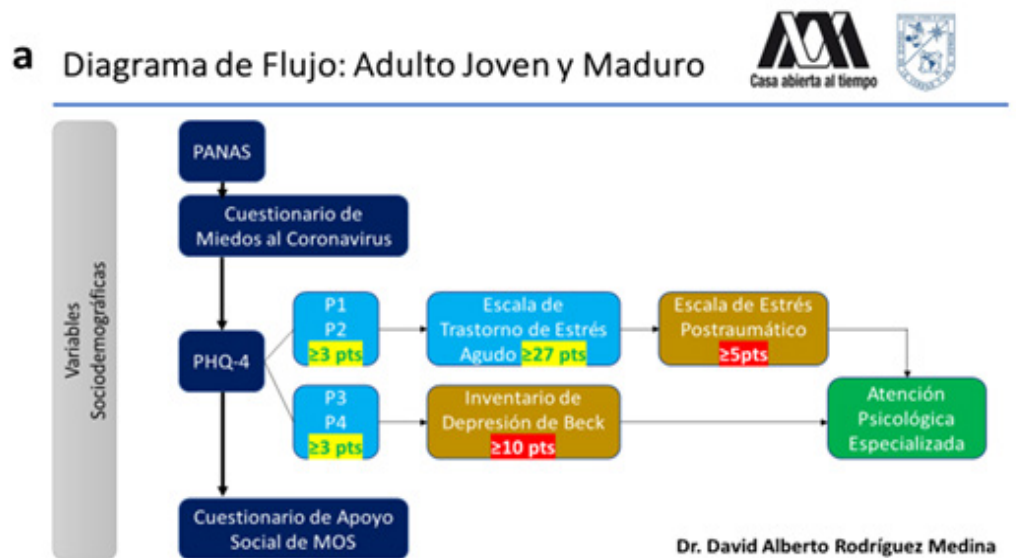


Figura 2.
Protocolos de evaluación
psicosocial de estrés
al COVID-19.

Fuente: Elaboración propia

REFERENCIAS

Arrieta, J., et al. (2017). Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Psychology, 73*(9), 1076-1090. <https://doi.org/10.1002/jclp.22390>

Bedoya, J.C. (2020). COVID19. La pandemia del maltrato contra el personal de la salud en tiempos de pandemia. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology & Public Health, 3*(1), e-6276.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*(10227), 912-920. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Cardiel (Coord.). *Educación y pandemia: una visión académica*. Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación, Universidad Nacional Autónoma de México, 83-91.

Casique, I. (2020). ¿Recrudescimiento de la violencia hacia las mujeres en los hogares durante la cuarentena por COVID-19? Llamadas de auxilio que no podemos cuestionar. *Notas de coyuntura del CRIM, 28, México, CRIM-UNAM, junio, 8 págs.*

Chehaibar, L. M. (2020). Flexibilidad curricular: tensiones en tiempos de pandemia. En Casanova et. al. (2020). Cómo afrontar la epidemia del coronavirus (COVID-19) en las Américas. Recomendaciones y líneas de acción sobre salud mental. *Revista Interamericana de Psicología, 54* (1), e1304.

COVID-19 México (2020). COVID-19 Tablero México. Recuperado en <https://coronavirus.gob.mx/datos/#DOView>

Durón, R., Cárdenas, G., & De la Rosa, A. (2018). Estructura Factorial de la Escala de Trastorno por Estrés Agudo en población mexicana. *Journal Of Behavior, Health & Social Issues, 9*(2), 7-16. <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780.2017.9.2.68381>

Gobierno de México (2020a). *Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia*. Recuperado en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/06/Lineamientos_generales_mitigacion_prevencion_COVID-19_hospitales_psiquiatricos.pdf

Gobierno de México (2020b). Salud mental-Coronavirus. Recuperado en <https://coronavirus.gob.mx/salud-mental/>

Hernández, H. H. (2020). Mortalidad por COVID en México. *Notas preliminares para un perfil sociodemográfico. Notas de coyuntura del CRIM*, CRIM-UNAM, No. 36, junio 2020.

Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J., & Lowe, B. (2009). An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>

Lastra, et. al. (2020). Índice de vulnerabilidad ante el COVID-19. *Investigaciones Geográficas*. <https://doi: 10.14350/rig.60140>. E-PRINT e60140.

Morales, L., Solís, F., Rodríguez, D., Morales, A., Alvarado, M., Soni, F. & Reséndiz, H. (2020). Prueba Psicológica al COVID-19. Recuperado en: <https://safe-sierra-90201.herokuapp.com/>

OMS (2020). Consideraciones de salud mental durante el brote de COVID-19. Recuperado en: <https://www.dropbox.com/s/s6bqgl4954re9ny/Consideraciones%20de%20salud%20mental%20durante%20el%20brote%20de%20COVID%2019.pdf?dl=0>

OMS (2018). Salud mental. Fortalecer nuestra respuesta. Recuperado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

OMS/OPS (2016). Protección de la Salud Mental y Atención Psicosocial en Situaciones de Epidemias. OMS-OPS. Washington DC. Recuperado en: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informes-tecnicos&alias=2539-proteccion-salud-mental-atencion-psicosocial-situaciones-epidemias-2016-539&Itemid=1179&lang=en

OMS (2020). Consideraciones de salud mental durante el brote de COVID-19. Recuperado en: <https://www.dropbox.com/s/s6bqgl4954re9ny/Consideraciones%20de%20salud%20mental%20durante%20el%20brote%20de%20COVID%2019.pdf?dl=0>

PsiCOVID-19. (2020). Hospital Civil de Guadalajara. Recuperado en: <http://www.hcg.udg.mx/COVID-19.php?mnu=2&tmnu=1&fbclid=IwAR3FAEpeb3jJPu88A9yVrbmPKIokrcrDKWVqh9XBeQSU0RjiXa6czfnO3Q>

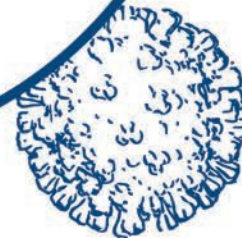
Robles, R. & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (panas). *Salud Mental*, 26(1), 69-75 [fecha de Consulta 17 de julio de 2020]. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=582/58212608>

Rodríguez, D. A., Domínguez, B., Leija, G., Ortiz, Mariana & Carreño, C. (2018). Efectos psicofisiológicos de la respiración diafragmática y la estimulación térmica sobre la actividad autonómica del estrés agudo. *Acta de Investigación Psicológica*, 8(2), 101-113. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2018.2.09>

Sandín, B., Valiente, R., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1. Recuperado en: <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>

Suárez, M. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista Médica La Paz*, 17(1), 60-67.

UNAM (2020). Instrumento para la detección de riesgos a la salud mental COVID-19. Recuperado en: <https://misalud.unam.mx/COVID-19/>



CAPÍTULO VII

PANAMÁ-SALUD MENTAL-COVID-19

CHRISTIAN TEJEIRA

Asociación Panameña de Psicólogos

ANA MARÍA FLÓREZ

*Secretaria Ejecutiva de Latinoamérica y el Caribe,
Sociedad Interamericana de Psicología/SIP*

GISELLE DE LA HOZ

*Fundación “Rafael Piero Martínez de la Hoz”,
Directora Ejecutiva*

RITA BARRERA

Docente-investigador en Psicología

ERICKA MATUS

Departamento de Psicología, UDELAS

DUNIA CAICEDO

Docente-investigador en Psicología

Para el 9 de marzo del 2020 el Ministerio de Salud (MINSA) hace un comunicado de prensa donde se declara y confirma el primer caso de COVID-19, una mujer panameña, de 40 años procedente de Barajas, España. (MINSA, 2020).

A partir de esta fecha se inician las medidas epidemiológicas para pasar de una fase de contención a la mitigación y reducción de la propagación del virus.

El Ministerio mantiene informada a la población a través de los medios de comunicación e invita a la ciudadanía a mantener la calma y seguir los protocolos de prevención, aplicar el lavado de manos, evitar el saludo de manos y con besos, usar un pañuelo o el ángulo del antebrazo al toser y al escupir hacerlo en un pañuelo desechable, entre otras medidas.

Se dispara la atención médica, y posteriormente se ven alternativas para apoyar a la población, es así como se crea R.O.S.A. (Respuesta Operativa de Salud Automática).

El Ministerio de Salud (MINSA), utiliza la tecnología y con apoyo de la Autoridad de Innovación Gubernamental (AIG), crea la Plataforma virtual R.O.S.A. (Figura 1), (<https://rosa.innovacion.gob.pa>), un consultorio digital que puede ser utilizado vía WhatsApp (69972539) o a través de la línea 169; en ambos casos se realizan una serie de preguntas acerca de si es necesario ser atendido por un médico de manera virtual, y éste a su vez puede determinar si la persona necesita el equipo de respuesta rápida en el domicilio o si necesita una ambulancia (MINSA, 2020).

Para el 6 de abril del 2020, la coordinadora de salud mental del Centro de Operaciones de Emergencia de Salud (CODES), la doctora Delia De Ycaza, informa del desarrollo de un consultorio virtual, esta nueva modalidad se implementa para ofrecer la atención psicológica de manera remota a la población, siendo la primera la línea 169. Afirma que:

“...son muchas las personas que requieren de atención por altos niveles de ansiedad, que necesitan también que se les oriente y que se les ayude en el aspecto psicoemocional que, como respuesta a la situación de pandemia que se está viviendo, van a tener ciertas manifestaciones que requieren de apoyo en determinados momentos, donde el Ministerio de Salud ofrece ayuda de forma inmediata, por medio de estas dos modalidades”. (4-04-2020).

Tweet

Ministerio de Salud de Panamá @MINSAPma · 24. mar.

R.O.S.A., tu asistente virtual, te puede atender únicamente a través de rosa.innovacion.gob.pa para decirte qué hacer en caso de que sospeches que estás contagiado de #COVID19. Recuerda que R.O.S.A. no puede hacer ni recibir llamadas. #ProtégetePanamá

¡HOLA, SOY R.O.S.A.!
Respuesta Operativa de Salud Automática

Soy un bot y realizo un tamizaje virtual e identifico posibles casos de contagio y los refiero al MINSA. También respondo tus dudas sobre el COVID-19.

¿Cómo funciona?
Al entrar a <https://rosa.innovacion.gob.pa/>

¡IMPORTANTE!

1. No compartas números telefónicos, soy un sistema de atención de línea que son manejados automáticamente, si muchos usuarios me escriben a la misma línea el sistema se vuelve lento y las respuestas toman más tiempo. Comparte el link.
2. Soy un sistema creado para atender la crisis, haz un uso consciente y responsable.

6 replies, 87 retweets, 93 likes

Google Translate

Ny på Twitter?
Tilmeld dig nu, og få din egen, helt personlige tidslinje:
Tilmeld dig

Relevante personer

Ministerio de Salud d... @MINSAPma **Følg**

Cuenta Oficial del Ministerio de Salud de Panamá, dirigido por el presidente Laurentino @NitoCortizo Cohen. Ministro @LPacoSucre

Trends til dig

Trender i Panama
#PSGBayern
255 Tweets

Fuente: Ministerio de Salud 24 marzo, 2020.

Figura 1. R.O.S.A Respuesta Operativa de Salud Automática

LA ASOCIACIÓN PANAMEÑA DE PSICÓLOGOS SE INTRODUCE A LA RED INTERINSTITUCIONAL DE SALUD

Desde el 2017, la Asociación Panameña de Psicólogos forma parte de esta red, y para este periodo en que se declaró la pandemia el 9 de marzo de 2020, en Panamá, se convocó para trabajar en los programas de salud mental para la población panameña, programa de atención con grupos de profesionales como psiquiatras, psicólogos y enfermeras de salud mental.

Como parte del este programa, se organizó por parte de la asociación el grupo de voluntariados que tendría el objetivo de atender casos que presentaran problemas emocionales por el confinamiento decretado y para el manejo de la ansiedad.

Un grupo de 80 psicólogos voluntarios recibió capacitación, que implicó un aprendizaje intensivo basado en el abordaje de las emociones con base somática y cognitiva durante 12 horas acerca de los conceptos básicos. Luego aceleraron su comprensión con 12 horas más de ejercicios prácticos. Esta capacitación fue facilitada por medio de la Fundación The Wellbeing Planet.

CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN PANAMÁ

El Ministerio de Salud para el 2016-2025 genera la Política Nacional de Salud y Los Lineamientos Estratégicos cumpliendo con el mandato Constitucional de promover, proteger, conservar, restituir y rehabilitar la salud, a fin de contribuir al bienestar y a la calidad de vida; así como de avanzar en el logro de un “Sistema de salud humano, con equidad y calidad, un derecho de todos”.

Es así como se presentan la misión y visión de esta institución, así como los principios y valores que orientan esta política de salud 2016-2025.



Fuente: Políticas de salud del MINSA 2016-2020.
Figura 2. Principios y valores

VISIÓN:

Sistema de Salud humano, con equidad y calidad, un derecho de todos para alcanzar un nivel óptimo de salud a lo largo del curso de vida, con participación social y comunitaria.

MISIÓN:

Garantizar la salud de la población y del ambiente mediante el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, privilegiando la Atención Primaria de Salud, con un enfoque de salud como derecho humano, expresado en acciones integrales de promoción, protección, conservación, restitución, cuidados paliativos y rehabilitación de la salud biopsicosocial durante el curso de vida, con base en principios y valores de equidad, eficacia, eficiencia, humanización, integralidad, calidad, transparencia y rendición de cuentas, con la participación social e intersectorial en la vigilancia y control de los determinantes de la salud, de su autocuidado y el de su familia, para el logro de un mejor nivel de bienestar y calidad de vida (Figura 2).

SISTEMA DE SALUD PANAMEÑO

El sistema de salud panameño está compuesto por los niveles y redes de atención las cuales se representan en la figura 3:

La clasificación por niveles de atención es una concepción de tipo técnica y administrativa, basada en la organización del contacto de las personas y comunidades con el sistema de salud, que define objetivos específicos para cada nivel de acuerdo con su ubicación, su nivel de complejidad y las particulares experticias que ha desarrollado (OPS/OMS, 1986).

NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA		
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Fuente: Compendio De Atención Primaria.

Figura 3. Niveles de atención médica y concepto de redes de atención

Entonces, la atención en salud se organiza en tres niveles diferentes:

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Abarca a los efectores que brindan atención ambulatoria y son reconocidos por la población como referentes locales de salud. Por lo tanto, en este nivel se realizan acciones de promoción y protección de la salud, diagnóstico temprano del daño, atención de todos aquellos problemas de salud percibidos por la población que realiza la consulta – (demanda espontánea de morbilidad percibida) – . En este nivel se realiza también, la búsqueda activa de las personas que nunca llegan a atenderse en el centro de salud – (demanda oculta) – que habitualmente se trata de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad social.

Para cumplir con calidad con el objetivo de cobertura total de la población a cargo, el equipo de salud define sus tareas teniendo en cuenta las características de la población y sus problemas de salud más frecuentes, pero también revisa las prácticas y los dispositivos de atención como pautas de mejora de la calidad. Dentro de este nivel están comprendidos: los centros de salud, las postas y unidades sanitarias, las salas de primeros auxilios y los CICs Community Interest Companies (empresas de interés comunitario). En Panamá, también se ha incluido en algunos casos a los consultorios externos de

hospitales de baja complejidad en zonas rurales, cuando tienen a su cargo un área programática. La mayor parte de los problemas de salud que se consultan por la población se pueden resolver allí, por lo general son aquellos que se presentan con mayor frecuencia en la población habitualmente el 90 % de los llamados problemas prevalentes de salud (MINSa, 2020).

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Se trata de instituciones de salud, con internación en servicios básicos: Clínica Médica, Pediatría, Cirugía General, Guardia y Maternidad, además de la infraestructura necesaria para realizar exámenes complementarios y los diagnósticos básicos correspondientes a este nivel. Incluye la atención ambulatoria de especialidades para problemas de salud más específicos como: neurología, traumatología, cardiología, etc.

Es el lugar que recibe a las personas que consultaron en el primer nivel de atención, y que por el problema de salud que presentan, requieren de una derivación, sea para interconsultas con otros especialistas o para internación por parto o cirugías simples. Cuando se deriva a una persona al segundo nivel se habla de referencia y se hace con el acompañamiento correspondiente, de forma personal o a través de documentación que pueda ser de utilidad.

Dentro de este nivel de atención se encuentran los hospitales generales, algunos hospitales regionales y las maternidades. (MINSa, 2020).

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Comprende las instituciones equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología. Estas instituciones cuentan con salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas; (traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, y

otras), infraestructura para la realización de estudios complementarios más complejos; unidades de terapia intensiva y unidades coronarias. Debe recibir las derivaciones del segundo nivel de atención.

Los efectores de salud pueden ser de jurisdicción municipal, provincial o nacional, y de administración pública, de la seguridad social o privada (MINSa, 2020).

CATEGORIZACIÓN POR LA PANDEMIA

Las orientaciones que ha efectuado el Ministerio de Salud de Panamá ante la COVID-19 referente a las orientaciones para el personal de salud, así como la respuesta de los servicios de salud se recogen de las consultas con la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Las mismas reposan en documentación asignadas en capítulos y documentos separados en el campo virtual de salud pública (MINSa, 2020).

Dentro de esta gama de orientaciones, podemos distinguir las relacionadas directamente con la salud mental (cuadro 1):

1. Uso del equipo de protección personal (EPP) para la atención de casos sospechosos o confirmados por COVID-19.

2. Guía para manejo de cadáveres con sospecha o confirmación de COVID-19 en instalaciones de salud y centros de velación/funerarias.

3. Cap. VII Atención domiciliaria (hogares, albergues y otros entornos comunitarios).

4. Cap. IX Atención prehospitalaria.

5. Cap. X Atención ambulatoria.

6. Cap. XI Atención hospitalaria.

7. Cap. XII Gestión de recursos críticos para la atención: recursos humanos y suministros.

8. Cap. XIII Bioseguridad y uso de EPP en la atención de casos de COVID-19.

9. Cap. XIV Acciones críticas para el manejo de casos y contactos de COVID-19 en las regiones de salud basada en la estrategia de APS.

10. Guía para el manejo odontológico.

11. Protocolo para la atención domiciliaria de casos de infección respiratoria leve.

12. Cap. VII Gestión integral para la organización de la atención en las regiones de salud / provincia.

13. Anexo 2 del plan de acción ante un brote o epidemia del COVID-19 en el territorio nacional.

14. OMS - Asesoramiento sobre el uso de máscaras en el contexto de COVID-19.

15. Vacunación de los recién nacidos en el contexto de la pandemia de COVID-19, 19 de mayo del 2020.

16. La inmunización en el contexto de la pandemia de COVID-19.

17. OPS - Documentos Técnicos sobre Manejo Clínico.

18. Uso de emergencia de intervenciones no probadas y fuera del ámbito de la investigación. Orientación ética para la pandemia de COVID-19.

19. Orientación y estrategias para agilizar la revisión y supervisión éticas de investigaciones relacionadas con COVID-19.

20. Modelo y pautas operativas para la revisión y supervisión éticas de las investigaciones relacionadas con COVID-19.

21. OMS – Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave presuntamente causada por el nuevo coronavirus (2019-nCoV).

22. OMS – Comunicación de riesgos y participación comunitaria (RCCE) en la preparación y respuesta frente al nuevo coronavirus de 2019 COVID-19.

23. OMS - Atención en el domicilio de pacientes presuntamente infectados por el nuevo coronavirus (nCoV) que tengan síntomas leves y gestión de los contactos.

24. OMS – Pruebas de laboratorio para el nuevo coronavirus de 2019 (2019-nCoV) en casos sospechosos de infección en humanos.

25. OPS/OMS - Formulario revisado de Reporte de Caso de COVID-19 para casos confirmados y su evolución.

26. OPS/OMS - Manejo de cadáveres en el contexto del nuevo coronavirus (COVID-19).

27. OPS/OMS - Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19.

28. OMS - Handbook for public health capacity-building at ground crossings and cross-border collaboration.

29. OPS/OMS COVID-19- infografía animada: Preparativos para la COVID-19 en su establecimiento de salud, triaje.

30. OMS - Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19.

31. OMS - Infection Prevention and Control guidance for Long-Term Care Facilities in the context of COVID-19.

32. OPS - Material para la comunicación de riesgos sobre la COVID-19 para los establecimientos de salud.

33. OPS/OMS - Recomendaciones técnicas para configuración de un Equipo Médico de Emergencia especializado de tratamiento de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG).

34. OPS/OMS - Recomendaciones técnicas para configuración de una zona de triaje de pacientes con síntomas respiratorios.

35. OPS/OMS - Consideraciones para el uso de hoteles durante la pandemia de la COVID-19.

36. OMS - Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic.

37. OPS/OMS - lista de medicamentos esenciales para el manejo de pacientes que ingresan a unidades de cuidados intensivos con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19.

38. OMS - Safe management of wastes from health-care activities.

39. OMS - Overview of technologies for the treatment of infectious and sharp waste from health care facilities.

40. OPS - Manual de procedimientos para la gestión integral de los residuos generados en los establecimientos de salud y afines.

41. OPS - Recomendaciones clave de agua, saneamiento e higiene COVID-19.

42. OPS - Recomendaciones de saneamiento ambiental en prevención del COVID-19.

43. OPS - Protocolo de Gestión y manejo de residuos sólidos en estado de emergencia COVID-19.

44. OMS - Water, sanitation, hygiene (WASH) and waste management for the prevention of COVID-19.

45. OMS - Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations.

46. OPS - COVID-19 and Safety and Hygiene Guidelines for Sanitation Workers.

47. Consideraciones sobre medidas de distanciamiento social y medidas relacionadas con los viajes en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19 - al 3 de abril

49. Consideraciones sobre los ajustes de las medidas de distanciamiento social y las medidas relacionadas con los viajes en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19 - al 27 de abril.

50. El uso de túneles y otras tecnologías para la desinfección de humanos utilizando rociado de productos químicos o radiación UV-C - al 28 de abril.

52. Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19.

53. Seguridad de los pacientes con COVID-19 en relación con el uso de medicamentos sin evidencia científica sobre su beneficio.

Fuente: Campus Virtual de salud pública (2020).

Cuadro 1. Orientaciones técnicas para personal de salud respuesta de los servicios de salud

PARTICIPACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LAS ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN, PREVENCIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO A TODA LA POBLACIÓN FRENTE A LA COVID-19 POR LAS DIFERENTES VÍAS UTILIZADAS

En la actualidad en Panamá solo se cuenta con una psicóloga especialista en Psicología de la Salud; sin embargo, existen psicólogos clínicos que laboran en el sector salud (Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social), en el cual estos especialistas generan campañas de salud mental frente a la pandemia COVID-19. Además participan en la atención en la línea 169 para el manejo de salud mental de la población.

En el sector educativo se cuenta con psicólogos que conforman los gabinetes psicopedagógicos; para el manejo de la pandemia se han capacitado en temas relevantes de salud emocional en los niños y en docentes, este grupo de psicólogos presta atención por vía telefónica en línea a la población docente, administrativa y estudiantil.

Por otro lado, la Asociación Panameña de Psicólogos desarrolló programa de voluntariado con el Ministerio de Salud, en enlace para el apoyo en la línea 169.

Grupos independientes de psicólogos han creado grupos de apoyo para atención a la población, como “Escucho, Panamá”

EDUCACIÓN-ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO.

El Ministerio de Educación, conociendo la situación que enfrenta el mundo y en la línea del gobierno de atender y dar apoyo a la comunidad educativa que capacita a los docentes en intervención psicosocial, ha realizado una firma de un memorándum de entendimiento con The Wellbeing Planet Foundation. (MEDUCA, 18-junio 2020).

La capacitación contó con la Doctora Koncha Pinós-Pey, de España, neuro-psicóloga, científica, investigadora y profesora internacionalmente reconocida en temas de salud mental y bienestar.

Para el 16 de marzo, el Ministerio instaló una línea de apoyo para brindar asistencia psicológica y emocional a los docentes y funcionarios administrativos.

El equipo se conformó con cinco psicólogos de la Dirección Nacional de Educación Especial de este Ministerio y los equipos del Servicio de Apoyo Educativo, la línea tuvo un horario de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., y se extendió este servicio a las sedes provinciales.

ATENCIÓN A FAMILIAS DE ENFERMOS O EN PROCESO DE DUELO POR LA PÉRDIDA DE UN FAMILIAR POR LA COVID-19

Para este tiempo de pandemia ocurren pérdidas en todos los sentidos, la atención a los enfermos o en proceso de duelo por la pérdida de un familiar requiere de atención inmediata. En Panamá, la atención se realiza con la modalidad virtual pública y privada.

Por más de 25 años la Fundación “Piero Rafael Martínez de la Hoz” trabaja en el tema de duelo y ante esta situación, ha desarrollado la atención de la siguiente manera:

1. Atención psicológica individual, familiar y grupal, a familias de enfermos o en proceso de duelo por la pérdida de un familiar por la COVID-19 (Fundación Piero) a:

- Personas particulares y colaboradores de empresas afectados por COVID-19 o por seres queridos que han fallecido por COVID-19.

- Afectados por otras pérdidas (laborales, económicas, separación de la pareja, bienes materiales, otras).

- Afectados por pérdidas de seres queridos por otras patologías, no asociadas al COVID-19, con acompañamiento y orientación por duelo anticipado (COVID-19 y otras patologías)

2. Capacitación: modalidad de conferencias, talleres y orientación a colaboradores de Empresas y otras organizaciones, en temas de duelo y reeducación emocional, en tiempos de COVID-19. Cabe destacar que estos abordajes se han realizado, a nivel nacional e internacional.

3. Sensibilización: a través de medios de comunicación: radio, televisión y redes sociales.

4. Elaboración de guías para el abordaje en el proceso de duelo y la relación de ayuda, dirigido principalmente a profesionales de salud.

Como Organización la Fundación se ha dedicado al manejo de las pérdidas y ante la situación del COVID-19, sus miembros se sienten altamente comprometidos con el apoyo que exige esta nueva realidad.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DERIVADOS DE LA EPIDEMIA

Panamá ha iniciado una serie de investigaciones y otras están en proceso o por finalizar, las mismas van en diferentes direcciones, siendo la inicial investigaciones de carácter médico, como lo amerita la situación.

En cuanto a las investigaciones en el área de psicología podemos rescatar como ejemplos ya publicados:

1. Actitudes ante el confinamiento por COVID-19 como predictor de riesgo en Panamá.

La investigación tuvo como objetivo conocer las actitudes ante el confinamiento por COVID-19 como predictor de riesgo en Panamá a través de un estudio transversal, prospectivo y correlacional. Para ello se construyó un instrumento con 36 ítems en escala Likert. El instrumento con características psicométricas fue íntegramente respondido del 17 al 30 de abril de 2020 por 233 participantes a través de un formulario de Google. Se empleó muestreo "bola de nieve". Los datos fueron sometidos a diferencias de medias, correlaciones y regresión. Los resultados indican que las mujeres y las personas mayores de 51 años tienen mejor actitud ante el confinamiento. Además, existe una correlación significativa (.01) entre los factores y la actitud. Finalmente, el modelo predictivo de riesgo, producto de la regresión representa el 99.8 % con una significancia de 0.001 en el que el factor afectivo representa el 68 %, el factor cognitivo el 22 % y el factor conductual un 10 % de importancia predictiva para las actitudes ante el confinamiento por COVID-19 (Matus, Matus, 2020).

2. Escala de actitudes hacia el confinamiento por COVID-19. Propiedades psicométricas.

Se realizó una investigación con el objetivo es conocer los efectos del estrés producido por el COVID-19 en Panamá, como parte del proyecto COVIDiSTRESS, a través de una encuesta global, iniciativa del Dr. Andreas Lieberoth, los datos se recuperaron de marzo a mayo de 2020, a través de un

instrumento digital que contenía la Escala de Estrés Percibida (PSS-10). Se aplicó a una muestra de 765 participantes. (Matus, 2020).

3. Estudio del distanciamiento social y la cuarentena en la salud mental de las diferentes generaciones durante la pandemia en la Ciudad de Panamá

Esta investigación buscó estudiar cuál es el efecto del distanciamiento social en la Ciudad de Panamá durante la cuarentena de la crisis del COVID-19 y la salud mental de las personas en función de su generación. La muestra participante se realizó de forma virtual, voluntaria y anónima, se elaboró una herramienta en Google Forms, y se difundió por medio de las redes sociales WhatsApp, Facebook e Instagram. El instrumento fue diseñado con un total de 31 ítems, contemplando las variables que se pretenden estudiar, con el fin de obtener los siguientes datos: a) Datos demográficos del encuestado (lugar de residencia, edad, sexo, nivel educativo, tipo de vivienda en la que reside y ocupación) b) Datos económicos (ingreso familiar mensual, paralización parcial o total de su trabajo, liquidación o permanencia en el trabajo, disminución del sueldo, ahorros para su manutención durante la cuarentena) c) Datos de su estado emocional (Marín, Thalassinós, Ávila, González, 2020).

PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LA ASISTENCIA SANITARIA.

La Psicología en Panamá inició con grupos pioneros de origen europeo y de Cuba, también podemos señalar que los primeros profesionales que fueron docentes a nivel superior realizaron sus estudios en países como: México, Argentina, Chile, España, Estados Unidos.

Para 1965 se inicia formalmente la carrera de Psicología en Panamá y es así que se realiza la primera graduación de profesionales a inicios de los '70, en el transcurso del tiempo se abrieron más universidades

y nuevas áreas de especialización, como en muchos países a nivel mundial, la psicología clínica, marca el ranking número uno y actualmente todavía es la que se mantiene en esa posición (Cisneros, 2004).

Con el tiempo, en Panamá se han ampliado las ofertas a nivel superior siendo estas: Psicología Escolar, Psicología Educativa, Psicología Industrial, Psicología Organizacional, Psicología Forense y Psicología Social y de las cuales ya se cuentan profesionales idóneos, otras áreas de especialización que ante las exigencias actuales han despertado el interés pero cuyos estudios deben hacerse en el extranjero son: neuropsicología, psicogerontología, psicooncología, psicología de la salud, esta última de gran utilidad en estos tiempos de COVID-19 (Florez, 2018).

En el año 2017, a través de la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP) con su presidenta Sandra Luna, la Asociación Panameña de Psicólogos en ese momento bajo la presidencia de Ana María Florez se hace el primer contacto con la presidenta de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud, Olga Infante, con la idea de incluir a los profesionales de la psicología y crear un capítulo ALAPSA en Panamá. La Asociación Panameña de Psicólogos convoca a las diferentes profesionales de la psicología en Panamá, para la creación de este capítulo; es así que para el mes septiembre del 2018 se conforma la primera junta directiva y con 23 miembros en calidad de fundadores (Tejeira, 2020).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFIAS-INFOGRÁFICAS

Fundación Piero Rafael Martínez de la Hoz (2020) recuperado http://www.duelo.org/index.php?option=com_content&task=view&id=67&Itemid=94

Instituto Conmemorativo Gorgas de estudios de la salud (1928)(2020). recuperado de: <http://www.gorgas.gob.pa/sobre-icges/que-es-el-icges/>

Marín, T., Ávila, González (2020) Estudio del distanciamiento social y la cuarentena en la salud mental de las diferentes generaciones durante la pandemia en la Ciudad de Panamá <https://qualiainsights.com/blog/>

Matus (2020a) Actitud ante el confinamiento por COVID-19 en Panamá <http://www.udelas.ac.pa/en/videos/presentacion-de-investigacion-actitudes-ante-el-confinamiento-por-COVID-19-en-panama/>

Matus (2020b) Escala de actitudes hacia el confinamiento por COVID-19. Propiedades psicométricas. https://www.researchgate.net/publication/341609612_Escala_de_actitudes_hacia_el_confinamiento_por_COVID-19_Propiedades_psicometricas

Meduca y The Wellbeing Planet firman memorándum de entendimiento para capacitar docentes Jue, 18/06/2020 <http://www.meduca.gob.pa/node/3529>

Ministerio de Educación <http://www.meduca.gob.pa/node/3529>.

Orientaciones técnicas para personal de salud Respuesta de los Servicios de Salud/ <https://panama.campusvirtualsp.org/COVID-19/respuesta-de-los-servicios-de-salud>.

Orientaciones técnicas para personal de salud, respuesta de los servicios de salud. (2020) recuperado de: <https://panama.campusvirtualsp.org/COVID-19/respuesta-de-los-servicios-de-salud>

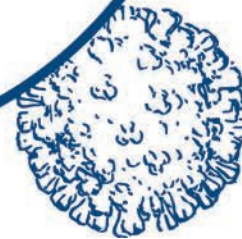
Panamá confirma primer caso de COVID-19 (2020) recuperado de: <http://www.minsa.gob.pa/noticia/panama-confirma-primer-caso-de-COVID-19>

Plan de acción ante un brote o epidemia de COVID-19 en el territorio nacional (2020) recuperado de: www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/plan_operativo_para_la_contencion_del_COVID-19_v10.pdf

Política Nacional de Salud y Los Lineamientos Estratégicos (2016) <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud>

R.O.S.A. (2020) recuperado de: <https://twitter.com/MINSAPma>

R.O.S.A. tiene un consultorio especial de salud mental para personas que están ansiosas (2020) <https://www.panamaamerica.com.pa/sociedad/rosa-tiene-un-consultorio-especial-de-salud-mental-para-personas-que-estan-ansiosas-1160539>



CAPÍTULO VIII

PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN PERÚ: UN RETO FRENTE A LA COVID-19

MARILYN GAVI TOLEDO CÁRDENAS
Hospital Militar Central, capítulo ALAPSA- Perú

JOSÉ VALLEJOS SALDARRIAGA
Profesor principal en Universidad César Vallejo

VICTOR EUSEBIO MONTERO LÓPEZ
*Catedrático en la Universidad de San Marcos,
psicólogo de Ministerios de Salud y Educación*

SILVIA LEÓN VEGA
Psicóloga Hospital Cayetano Heredia

WALTER ANGEL PORTAL REÁTEGUI
*Psicólogo del Centro de Atención de Medicina
Complementaria del Hospital II S-Angamos (EsSALUD)*

Con la colaboración de:

DIEGO ALFONSO GAMERO PÉREZ
MILAGRITOS DE JESÚS PÉREZ CHIRA,
estudiantes de Psicología IX ciclo en Universidad Norbert Wiener

EL SISTEMA DE SALUD PERUANO

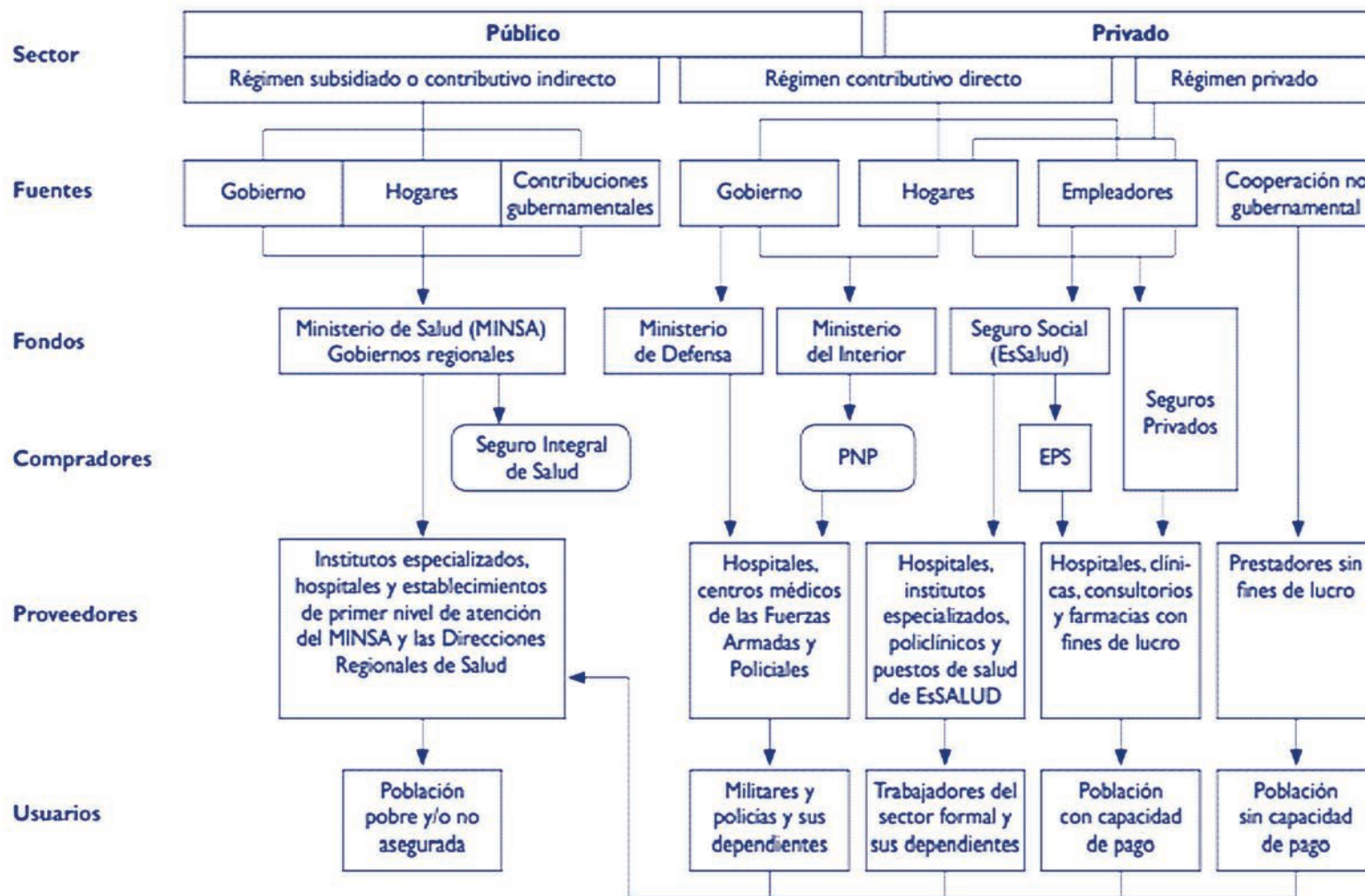
“Un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, reestablecer o mantener la salud” (OMS, 2000, p. 6). “El sistema de salud del Perú comprende proveedores de servicios públicos y privados, cada uno de los cuales incorpora un conjunto de mecanismos de financiamiento y suministro de servicios integrados verticalmente” (Centrangolo et al., 2013, p. 43). Está conformado por el Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social de Salud (EsSalud), los servicios de las Municipalidades, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada. (CDC, 2018, p. 36) (Ver gráfico 1).

Los resultados del Censo poblacional 2017 revelan que el 74,4 % de la población, que equivale a 21 millones 852 mil 878 personas, manifestaron tener únicamente un seguro de salud. De ellos tienen Seguro Integral de Salud-SIS el 44,4 % (13 millones 39 mil 920), seguido del 24,8 % (7 millones 299 mil 949) que declararon tener Seguro Social de Salud - ESSALUD y el 5,1 % (1 millón 513 mil 9) otro seguro de salud (Seguro Privado, seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Entidad Prestadora de Salud y Seguro Escolar Privado. (INEI, 2018, p. 164).

Por otra parte, desde el 2019, mediante el Decreto de Urgencia N° 017-2019, publicado en el diario oficial “El peruano”; se establece que independientemente de la posición socioeconómica, se afilia al SIS toda persona residente en el territorio nacional que no cuente con ningún tipo de seguro de salud, con la finalidad de garantizar la protección del derecho a la salud (Diario oficial del bicentenario El peruano, 2019).

COVID-19 EN EL PERÚ

El 6 de marzo del 2020, el presidente de la Republica anunció el primer caso confirmado en Perú, denominado “paciente o caso cero”, correspondiente a un paciente varón de 25 años con Infección Respiratoria



Fuente: Alcalde-Rabanal et al, 2011
 Gráfico 1. Estructura del sistema de salud

Aguda leve con antecedente de viaje a diferentes países de Europa (Madrid-España, Francia, República Checa y Barcelona-España) dentro de los últimos 14 días previos al inicio de síntomas, que comprende el periodo probable de exposición.

Desde el 31 de enero del 2020, mediante la resolución ministerial N°040-2020 (MINSA, 2020a), se aprobó un plan nacional de preparación y respuesta frente al riesgo de introducción del SARS-CoV-2; de igual forma, se aprobó un protocolo para la atención de personas con sospecha o infección confirmada por el SARS-CoV-2 (Ministerio de salud, 2020b). En fecha posterior, el 7 de marzo, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), por medio de la Resolución Ministerial N° 086-2020; propuso como medida sanitaria ante la emergencia de salud pública internacional como consecuencia del coronavirus, la obligatoriedad para todo viajero que ingrese al país de presentar una declaración respecto a su estado de salud, con el objetivo de detectar riesgos y amenazas que podrían producir brotes epidémicos en el país (MINSA, 2020c). Asimismo, la Organización Mundial de la Salud estableció con fecha 11 de marzo del 2020, el brote del COVID-19 como una pandemia al haberse extendido en más de cien países del mundo de manera simultánea (Diario oficial del bicentenario El peruano, 2020a).

Ante estos sucesos, el gobierno peruano mediante el decreto supremo N°044-2020-PCM declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote de la COVID-19 (Diario oficial del bicentenario El peruano, 2020b), estableciendo:

- El aislamiento social obligatorio (cuarentena).

- Limitación en el acceso a servicios públicos, bienes y servicios esenciales.

- Suspensión del ejercicio de Derechos Constitucionales.

- Limitación al ejercicio del derecho a la libertad de tránsito de las personas.

- Medidas dirigidas a reforzar el Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional.

- Medidas para el aseguramiento del suministro de bienes y servicios necesarios para la protección de la salud pública.

- Restricciones en el ámbito de la actividad comercial, actividades culturales, establecimientos y actividades recreativas, hoteles y restaurantes.

- Cierre temporal de fronteras.

- Cierre de vías de transporte terrestre en el territorio nacional.

- Medidas de la intervención de la Policía Nacional del Perú y de las Fuerzas Armadas.

Según los informes del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2020a, 2020b, 2020c, 2020d), en el mes de marzo, se registró el mayor porcentaje de casos positivos por etapa de vida y que se presentó en los adultos, que acumulan el 57,8 %, sin embargo, la mayor tasa de incidencia acumulada corresponde al grupo de adulto mayor; según grupo de edad las mayores tasas de letalidad se han presentado en el grupo de adultos mayores (6 veces en relación al adulto en etapas más tempranas de la vida). En abril se registraron 40,459 casos confirmados y 1,124 defunciones y el mayor porcentaje de casos positivos por etapa de vida se presentó en los adultos con el 59,3 % de los casos, manifestándose como síntomas más frecuentes: tos, fiebre, malestar general, y dolor de garganta.

En mayo la cifra llegó hasta las 170,039 y 4,634 defunciones. El 10,8 % del total de casos COVID-19 correspondía a tamizajes y a la vigilancia en conglomerados. El MINSA realiza vigilancia epidemiológica y búsqueda activa de casos interviniendo de forma focalizada en zonas calientes, paraderos, mercados, asilos,

penales, comunidades nativas, entre otros conglomerados; aplicando el tamizaje inteligente a la población de riesgo como personal de salud, militares, retornantes y adultos mayores, entre otros, con el objetivo de reducir la transmisión.

Hasta el 18 de junio, el mayor porcentaje de casos positivos según etapa de vida se presentaba en los adultos que acumulan el 60,0 %. Las mayores tasas de incidencia acumulada corresponden al grupo de adultos y de adultos mayores. El 58,4 % de los casos corresponden a personas de sexo masculino y 41,6 % a personas de sexo femenino. Asimismo, todos los departamentos del país registran defunciones con pruebas de laboratorio positivas para COVID-19, registrándose 7,660 defunciones de un total de 240,908 casos confirmados desde la detección del primer caso a esta fecha.

En realidad, la pandemia que amenaza a la humanidad, está causando muchos tipos de pérdidas (Sphere, 2020), entre éstas:

- LA SEGURIDAD, la condición de contagio es latente, si es trabajador de salud esto es permanente y sus esfuerzos incrementan su nivel de estrés siendo plausible entrar en estrés crónico, pues el trabajador es cuidador a su vez de su familia.

- LA SOCIALIZACIÓN, se ve más restringida por las medidas de auto-cuidado al cual se tiene que enfrentar a futuro, en relación a la higiene y sus recursos materiales para satisfacerlo.

- EL SENTIDO DE PERTENENCIA, se han debilitado los grupos de apoyo, pues se han dado cambios en el quehacer laboral y profesional, ahora hay que dedicarse a atenciones colaterales de la pandemia como en la integración a nuevos grupos de acción o trabajo en algunos casos; además, pueden haberse perdido personas socialmente significativas debido a las muertes vivenciadas de conocidos o desconocidos, pues éstas son compartidas como una sola comunidad sufriente, se trata del género humano afectado.

- LA DIGNIDAD, los medios de comunicación transmiten imágenes que generan miedo en horario familiar, siendo expuestos a esto los niños, que a menudo tienen niveles bajos de educación y calidad de vida, se evidencia el desamparo ante el fallecido, del doliente o el que espera ser atendido a las afueras del hospital, se evidencia por medios masivos el abandono, los traslados de los enfermos y/o fallecidos de modo inadecuado, los entierros que faltan al respeto y la dignidad de las personas.

- LA PROTECCIÓN, hay pérdida del sentido de protección, pues en el estado de cuarentena, hay insuficiencia de alimentos, falta de protección social de los municipios; inicialmente la policía velaba para que la gente no se aglomerase en mercados, al verse muchos contaminados, flexibilizaron su accionar. Se evidencia desesperación de los padres y niños. Hay sensación de falta de protección institucional en trabajadores de la salud y otros al no tener todas las variantes de protección, sean guantes, mascarillas, mandilones, botas, duchas desinfectadas para retornar a casa en total desinfección. Los profesionales de la salud sienten desprotección, pues a los que siguen laborando no siempre les dan rotaciones de actividades, ni cambios de turno, aumentando el riesgo a lo que están expuestos, esto ocurre en hospitales de nivel II, III y IV de los diversos sistemas de salud.

- EL DERECHO, se ven vulnerados derechos a la equidad pues el acceso a la salud es más difícil en las zonas más alejadas de la ciudad, de parte de los pobladores. En la misma ciudad los asentamientos humanos están más expuestos, los derechos a los servicios del poblador como de los trabajadores son frágiles, algunas personas desconocen si serán contratados de nuevo, si podrán recuperarse pronto, pues el trabajo informal, es muy alto porcentualmente en el Perú.

- EL GRADIENTE ECONÓMICO, si antes había pobreza hoy se ha incrementado, los recursos son menos, se necesitará más oportunidad y esfuerzo para recuperarse, se está recurriendo a fondos propios de emergencia, que debieron ser de protección, ahora son para sobrevivir. Muchos exponen sus vidas saliendo en grandes grupos para buscar algún ingreso y no ser desalojados de sus viviendas; la ley de protección no se puede hacer valer, no hay personal para hacerlo cumplir.

- LA SALUD BIOPSIKOSOCIAL, es la más afectada, pues la pandemia sacó a relucir la poca cantidad de profesionales contratados por hospital, por colegio, por institución. El duelo es generalizado y mayormente postergado, pues si no es un pariente, es un amigo o un conocido de un paciente atendido, y la incertidumbre sigue.

En el Perú, con mucho esfuerzo de la población, se está trabajando para evitar la propagación de la enfermedad, tomando en cuenta las pruebas y el tratamiento a los pacientes, además de la cuarentena a las personas, la prohibición de reuniones, conciertos y asistencia a instituciones educativas, sean universidades, colegios o instituciones superiores, además se limitan a lo esencial las actividades laborales en todo el país. A pesar de todo esto, las cifras confirman el crecimiento en contagios y fallecidos, como en otros países de Latinoamérica.

Organización de los servicios de Psicología en instituciones de salud y en otras instituciones

La pandemia por el COVID-19 ha generado que las personas experimenten ciertas respuestas emocionales negativas ante esta situación de incertidumbre, produciendo así malestares tales como ansiedad, estrés, reacciones depresivas acompañados de sentimiento de soledad, irritabilidad, miedo a un futuro incierto, cambios continuos en el apetito, en los horarios de sueño, entre otros.

Bajo el contexto de la pandemia, el Ministerio de la Salud junto con la Dirección de Salud Mental de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Viceministerio de Salud Pública, elaboraron una Guía Técnica donde se expresa que todas las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS) públicas y privadas incorporen el cuidado de Salud Mental en sus planes de intervención frente a la pandemia del COVID-19. De igual forma, se mencionan algunas estrategias y procedimientos para el cuidado y el autocuidado de la salud mental de la población en el contexto el COVID-19.

En base a la Guía Técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad aprobada mediante Resolución Ministerial N°186- 2020-MINSA (2020d) y publicada en el Diario Oficial del

Bicentenario El Peruano el 09 de abril, se detallan una serie de procedimientos para el cuidado de la salud mental:

1. El autocuidado de la población en general, que incluye que de parte del centro de salud se realice la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades, la automedicación responsable, la atención a personas dependientes, la búsqueda de atención primaria/especializada/hospitalaria, cuando fuera necesaria, y la rehabilitación. Se menciona que entre las técnicas y herramientas más recomendadas están las técnicas de relajación, activación conductual, solución de problemas, entre otras.

2. La identificación activa de problemas de salud mental en personas atendidas con COVID-19 en los servicios de hospitalización y emergencia, así como en aquellas que se encuentran en aislamiento domiciliario. Se menciona que entre los trastornos más comunes están el estrés agudo, la presencia de trastornos de adaptación, problemas de ansiedad, episodios depresivos, trastorno post traumático, violencia contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes y otras poblaciones vulnerables, consumo excesivo de alcohol, tabaco y/u otras sustancias psicoactivas y, en caso grave, presentan una conducta suicida.

3. El cuidado de la salud mental en pacientes diagnosticados con COVID-19.

3.1. En casos leves por infección de COVID-19:

Las IPRESS aseguran a las personas con aislamiento domiciliario y con tratamiento un acompañamiento psicosocial, donde se recomiendan estrategias de afrontamiento positivo y autocuidado en salud mental. Se realiza de forma presencial según necesidad, o de forma virtual. También se ofrecen primeros auxilios psicológicos en caso de crisis. Se identifican los malestares, trastornos mentales y problemas psicosociales mediante el tamizaje y la consejería según los resultados y se genera un plan de intervenciones terapéuticas y continuidad de cuidados para las personas identificadas por problemas de salud mental, a fin de reducir el impacto psicológico de la experiencia vivida, restablecer la salud mental y promover la estabilidad psicosocial.

3.2. En casos moderados por infección COVID-19:

En caso de que se identifique un problema de salud mental en el/la paciente y/o su grupo familiar, el equipo de salud interviniente enlaza con el equipo de salud mental especializado del hospital a fin de realizar la tele-consulta a través de la plataforma de telemedicina. Para ello cada IPRESS pone a disposición un teléfono móvil y/o los recursos necesarios disponibles a fin de lograr una mayor efectividad en la intervención clínica psicosocial. El equipo de la salud mental hospitalario realiza el acompañamiento psicosocial a los familiares de la persona afectada e identifica activamente factores de riesgo o afectación en su salud mental individual o familiar.

3.3. En casos severos por infección de COVID-19:

La IPRESS asegura que todo el equipo que brinda tratamiento y cuidados tenga entrenamiento en primeros auxilios psicológicos, manejo del duelo e identificación de problemas de salud mental. Cuando la persona se encuentre en el área de cuidados críticos para pacientes COVID-19, el equipo de salud interviniente asegura los primeros auxilios psicológicos durante los informes del estado de salud que brinde a la familia del paciente.

3.4. Acompañamiento psicosocial a familiares de personas fallecidas en contexto de COVID-19:

Las personas que presentan un diagnóstico positivo de COVID-19 y que se encuentran dentro de los grupos con factores de riesgo pueden fallecer como consecuencia de la enfermedad. El centro de salud mental comunitaria realiza un acompañamiento psicosocial a la familia en todos los procesos a través de la tele-medicina, acompaña en las fases del duelo buscando una mejor aceptación y adaptación emocional para continuar con sus proyectos de vida.

4. Las IPRESS consideran entre las medidas para fortalecer el cuidado de la salud mental de las personas con trastornos mentales graves y/o discapacidad, el fomentar la participación activa de estas personas dentro de la comunidad y organizaciones. También se busca implementar medidas sanitarias preventivas para evitar infección por COVID-19 en servicios de emergencia, unidades de

hospitalización y hospitales psiquiátricos, albergues, hogares protegidos y otras instituciones de asistencia social. Del mismo modo, las personas con trastornos mentales graves y/o discapacidad psicosocial que se encuentren en tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, deben ser priorizadas para la continuidad de los mismos, entre otros.

5. Los adultos mayores constituyen una población de riesgo por infección de COVID-19, estos pueden experimentar mayor angustia, miedo, temor a la muerte, etc. Las IPRESS realizan el tamizaje de salud mental y la entrevista clínica a fin de identificar factores de riesgo, apoyo familiar y de redes comunitarias disponibles. El equipo de intervención de salud mental acompaña y orienta a la familia de la persona adulta mayor a fin de promover el vínculo afectivo continuo, transmitir calma, identificar las necesidades y las respuestas emocionales ante la experiencia de transmisión por COVID-19.

6. Todo personal de la salud de la IPRESS debe tomar en cuenta el nivel de desarrollo del niño, niña o adolescente con quien se está interactuando durante la atención, ya que tienen necesidades diferenciadas a las del adulto, además de priorizar la presencia de un adulto de confianza durante su interacción. El personal de la salud de la IPRESS que intervenga en cualquier proceso de atención de niñas, niños, adolescentes y sus familias, les brinda pautas que contribuyan al cuidado de su salud mental como: filtrar la cantidad, calidad y confiabilidad de la información sobre el COVID-19 a la que acceden los menores de edad en casa, conversar con sus hijos sobre sus dudas y preocupaciones relacionadas y validarlas, de la manera más tranquila posible.

7. Las mujeres, con especial énfasis las personas que han sufrido o sufren violencia de pareja o ex pareja y temen por su seguridad, pueden incrementar la presencia de problemas de salud mental en situación de aislamiento domiciliario o cuarentena. Asimismo, las mujeres que han sufrido de problemas de salud mental previamente pueden reactivar su sintomatología, por lo que el equipo territorial asegura, en dependencia del caso, la atención presencial o tele-consulta en salud mental y la continuidad de las intervenciones.

En el gráfico 2 se presenta el flujograma para la prevención y manejo de problemas de salud mental en población en aislamiento por COVID-19.

El Ministerio de Salud ha creado líneas de tele-consulta, tele-atención y tele-orientación para la continuación de los tratamientos de las personas que fueron diagnosticadas antes de la pandemia con algún problema de salud mental. Asimismo, las líneas del 113, opciones 3 y 5, brindan un soporte emocional a la población y al personal de salud. Los Centros de Salud Mental Comunitarios siguen funcionando e implementando sus actividades de forma virtual o, cuando sea necesario, de manera presencial.

En el artículo 3 del Decreto Supremo N° 013-2020-SA, se señala que la Dirección General de Tele-salud, Referencia y Urgencias del Ministerio de Salud (CIBERSALUD 2020) establecerá los procedimientos para realizar los servicios de tele-medicina con especial énfasis en la tele-orientación médica a distancia, tele-monitoreo y salud mental durante la Emergencia Sanitaria, determinándose las formas de registros de la atención y las consideraciones del acto de salud o acto médico correspondiente. Se refiere entonces que es fundamental durante la emergencia sanitaria por el COVID-19 la atención de Tele-salud mental en Perú; la atención a profesionales sanitarios y población en general mediante primeros auxilios psicológicos deberá verse acompañada de medidas posteriores al final de cuarentena para su mayor fortalecimiento emocional.

De Lama, Chávez y Pérez (2020) presentan dentro del marco de la Tele-salud, para la atención psicológica a distancia, en base a normativas internacionales de la práctica segura de la Tele-psicología, las siguientes consideraciones: el cuidado de la confidencialidad de los datos, uso obligatorio de un consentimiento informado, contar con un plan de acción frente a situaciones de crisis, tener en consideración un espacio físico adecuado. En el caso del uso de pruebas psicométricas, deberán estar estandarizadas en nuestro país y adecuadas al uso on-line de forma segura, protegiendo la información. El psicólogo o la psicóloga, deberán estar colegiados y habilitados, así como contar con la formación y experiencia en cuanto a la atención a distancia, ya sea telefónica o digital. Esto hace reflexionar sobre la importancia del uso de la tecnología en estos tiempos y si se cuenta con la capacitación requerida.

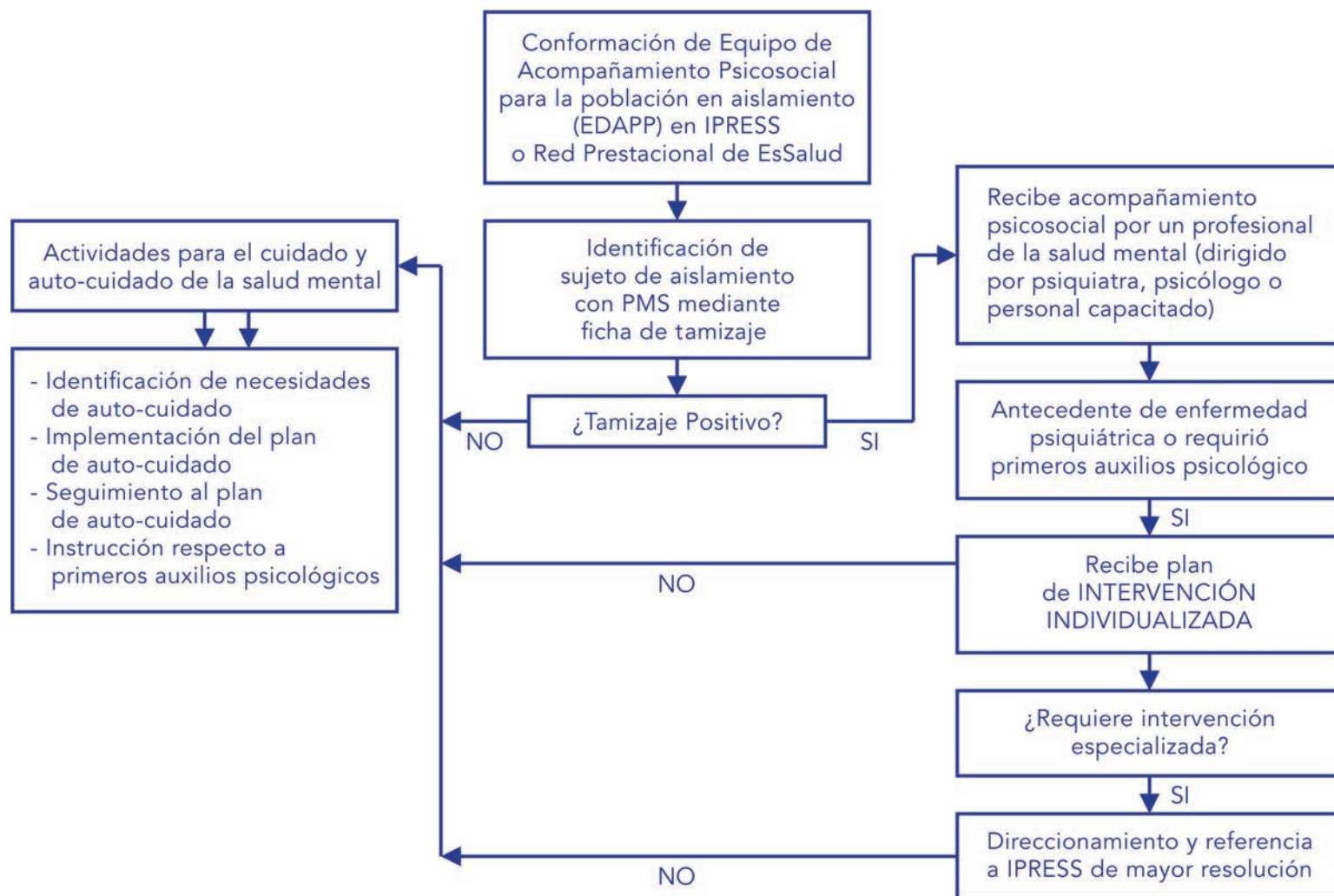


Gráfico 2. Flujograma para la prevención y manejo de problemas de salud mental en población en aislamiento (elaborado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, 2020).

LA PARTICIPACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LAS ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN, PREVENCIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO A LA POBLACIÓN FRENTE A LA COVID-19.

Debe tenerse en cuenta que en el Sistema de Salud peruano hay insuficiencia de profesionales psicólogos en el engranaje social: 1 por cada cien mil habitantes. De cualquier modo, teniendo en cuenta el marco establecido por el ente rector en salud, el Ministerio de Salud en sus resoluciones desde enero y en sucesivo, los psicólogos han ido respondiendo a las demandas de acuerdo a la información recibida. Es así que en los primeros días de marzo los distintos profesionales de la salud comparten (a través de las plataformas virtuales, redes personales) las recomendaciones para disminuir factores de riesgo frente al contagio y la adquisición de la COVID-19. Con posterioridad al anuncio del primer caso con diagnóstico positivo (caso o paciente cero) y la declaración del estado de cuarentena el 15 de marzo, se fomentó que los profesionales de la salud de distintas especialidades, donde se incluían psicólogos postearan la siguiente información en sus redes personales:

“Soy psicólogo y en estos momentos críticos si te encuentras en una situación de alto nivel de estrés, crisis de ansiedad, ataque de pánico, e indicios de una fuerte depresión o si conoces a alguien que esté atravesando por esta situación durante este periodo de aislamiento social y no sabes cómo actuar; no dudes en escribirme o llamarme que trataré de escucharte y brindarte mi apoyo... La salud mental también es importante”.

Esta experiencia se convirtió en la primera acción visible por parte de los psicólogos y especialmente por los del área de Psicología de la Salud, visibilizando en mayor grado la necesidad de la estructuración de actividades asistenciales o de intervención de urgencia y emergencia, especialmente a través de la atención por teleconsulta, siendo las siguientes experiencias institucionales las más significativas, por incorporar actividades de nivel asistencial en instituciones de salud pública, a nivel privado, a nivel comunitario y de representación institucional.

La actividad psicológica se realiza mediante una unidad funcional para el acompañamiento psicosocial de pacientes y familiares durante el proceso de la enfermedad y el fallecimiento, en caso de que ocurriera.

Mayormente la realizan psicólogos clínicos y de acuerdo a la demanda. Este acompañamiento psicosocial tiene como propósito crear espacios de expresión, reconocimiento y mitigación del impacto emocional de la enfermedad, apoyo terapéutico para disminuir el sufrimiento emocional, reconstrucción de lazos familiares y sociales, fortalecimiento de las potencialidades individuales, familiares y colectivas. Se trabaja la tristeza, la angustia, la confusión, el temor, la irritabilidad y el culpabilizar a otros, entre ellos, al personal de salud, planteando dudas, preocupación, incertidumbre, dificultad para la autorregulación de las emociones y la toma de decisiones. Se toma mayor atención en los casos de soledad, carencia de familiares, amigos y comunidad para el apoyo.

El acompañamiento psicosocial se aplica en las siguientes situaciones:

a. Cuando el paciente acude en un contexto de malestar emocional o incertidumbre sobre el estado de su salud.

b. Cuando el paciente y familiar permanecen en la sala de espera.

c. Cuando el paciente ingresa a triaje respiratorio con malestar emocional en la evaluación integral.

d. Cuando la familia espera las indicaciones médicas.

e. Cuando el paciente se encuentra hospitalizado o en la unidad de cuidados críticos.

f. Cuando el familiar espera la información vía telefónica sobre la evolución de su paciente.

g. Cuando el paciente es dado de alta.

h. Cuando el familiar es informado del fallecimiento del paciente.

El acompañamiento espiritual se realiza con las organizaciones de la comunidad de acuerdo a sus costumbres y creencias religiosas, que incluye las instituciones eclesiales, parroquias, organizaciones religiosas, evangélicas, pastorales, comunitarias, centros de escucha. El acompañamiento psicosocial con énfasis a familiares y en el contexto de duelo se coordina para el soporte espiritual presencial o telefónico o virtual.

Para la realización de la actividad psicológica en el Ejército peruano, se elaboró la *Guía de apoyo psicológico para el personal militar, personal civil y sus familiares frente a la propagación del coronavirus (COVID-19)*, la cual plantea que a raíz de la difícil situación por la cual estamos viviendo debido al aislamiento social ocasionado por la COVID-19 se ha observado una serie de problemas emocionales que han tenido consecuencias en nuestra manera de pensar, sentir y actuar. Es por ello que el Hospital Militar Central elaboró una guía de apoyo psicológico con el objetivo de orientar, promover y fortalecer las capacidades propias para un adecuado afrontamiento psicológico en el personal militar, personal civil y sus familiares. Entre las principales medidas a tomar en cuenta son mantener una actitud optimista, objetiva y fuerte, llevar a cabo hábitos adecuados de higiene y prevención que recomiendan las autoridades sanitarias, realizar técnicas de afrontamiento a los pensamientos irracionales, en el cual se puedan combatir y sustituir por unos más adecuados, realizar técnicas de afrontamiento a las emociones negativas y manejo de insomnio siendo capaces de reconocer y aceptar sus propias emociones y lograr aplicar técnicas de respiración y relajación muscular. Asimismo, será de gran importancia el entorno social como la familia y amigos e informarse por medio de fuentes confiables evitando sobrecargarse y compartir información falsa que genere pánico y miedo.

Es así que, en el *Hospital Militar Central*, institución de salud de Nivel III-1, que se ubica en el Distrito de Jesús María, Departamento de Lima, el Servicio de Psicología acató las disposiciones del Gobierno Central y de la Dirección General de la institución para cumplir la cuarentena y aislamiento, dejando la labor asistencial presencial, por lo que la Jefatura del Servicio a cargo de la Teniente Coronel Psicóloga Iliana Becerra Loayza, es quien coordina la realización de la atención a través de tele-consulta, con la denominación "Psicología en Línea", la que se inicia el 30 de marzo, brindando la asistencia psicológica a la familia militar que es el grupo objetivo de labor asistencial del Hospital Militar Central. Sin embargo, debido a que

la difusión de la atención fue canalizada a través de medios de comunicación abiertos (redes sociales), la información llegó a personas de la comunidad en general que demandaban la atención y no cuentan con la cobertura en la institución de salud militar, por lo que la Jefatura propuso la extensión de la atención a la comunidad, lo que fue inmediatamente aceptado por la dirección, iniciándose esta atención a la población en general.

La labor asistencial de “*Psicología en Línea*” (PEL), se realiza a través de la recepción de llamadas telefónicas a los números particulares de cada una de las psicólogas (números que han sido difundidos y publicados – sin nombre del profesional), de lunes a viernes en el horario de 09.00 a 17.00 horas y los sábados de 09.00 -13.00 horas, de forma ininterrumpida. A la fecha de junio 2020, el servicio es cubierto por 8 psicólogas que cuentan con formación en psicoterapia y con especialidades de Psicología clínica y de la salud, Neuropsicología, Terapia familiar y Psicooncología.

El 06 de mayo se agrega a esta atención de PEL, los casos de “*Te cuido, Perú*” (TCP), grupo especialmente estructurado para atender los casos COVID-19 positivos, quienes derivan a los pacientes que necesitan atención psicológica especializada. La coordinación de PEL Y TCP en el Servicio de Psicología del Hospital Militar Central es asumida por la Psicóloga Ana María La Rosa Sánchez Paredes, quien realiza la derivación de casos como Interconsulta I/C TCP de acuerdo a los motivos por especialidad y necesidades individualizadas. A la fecha se ha brindado atención a 1,100 llamadas aproximadamente. Los motivos de consulta están asociados principalmente a factores psicosociales relacionados a la pandemia y según código del CIE-10 los diagnósticos más frecuentes son:

- Z63: Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares.

- F43: Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

- F41: Otros trastornos de ansiedad

- F32: Episodio depresivo leve

- Z73: Problemas relacionados con dificultades con el modo de vida

En porcentaje menor, se continúa brindando atención a personas con problemáticas o trastornos pre-existentes a la pandemia. Se utiliza el siguiente cuadro de TRIAJE (ver gráfico 3), considerando una evaluación rápida de los pacientes y su ubicación para la atención psicológica y así brindar un abordaje e intervención terapéutica especializada:

TRIAJE

Factores psicosociales asociados a la COVID-19

A.	Aislamiento social o cuarentena	B.	Factores Ψ asociados a la enfermedad.	C.	Población de riesgo (o familiar)	D.	Diagnóstico positivo (o familiar).	E.	Duelo
-----------	---------------------------------	-----------	--	-----------	----------------------------------	-----------	------------------------------------	-----------	-------

Cualquiera de los casos se continúa con procedimiento diferenciado, de acuerdo a protocolo.

Malestar previo no asociados a la COVID-19

F.	Problema específico no asociados a COVID 19	G.	Trastornos previos	H.	Psicopatología grave	I.	Riesgo de muerte
-----------	---	-----------	--------------------	-----------	----------------------	-----------	------------------

Gráfico 3. Triage para evaluación rápida de pacientes y ubicación para atención psicológica

El *Comando de Educación y Doctrina del ejército – COEDE*, ubicado en Distrito de Chorrillos. Inicialmente denominado “Centro de Instrucción Militar del Perú” (CIMP), inició sus actividades en 1942. La denominación actual quedó refrendada con la Resolución Ministerial N° 1320- 2009 DE/EP del 17 de diciembre del 2009. Y actualmente cuenta con 25 escuelas: de formación, de capacitación y perfeccionamiento, de especialización y unidades de apoyo a la educación, formando cadetes, alumnos, oficiales, técnicos y suboficiales en líderes íntegros e innovadores que estimulen el desarrollo de la institución y velen por la defensa de la Patria.

El Servicio de Psicología del COEDE está a cargo de la Teniente Coronel Psicóloga Tania Peña Gil, quien coordina las atenciones del equipo de psicología a través de tele-consulta con el personal militar en actividad y en servicio, que por disposición del Gobierno Central – Ministerio de Defensa, inicia actividades de patrullaje, para controlar a la población y cumplir con el aislamiento social obligatorio y la inmovilización social obligatoria, que se inició el 16 de marzo.

La atención al personal militar comenzó desde esta fecha a través de tele-consulta, el militar llama al teléfono que ha sido debidamente comunicado y socializado solicitando apoyo por la cuarentena, brindándose la atención psicológica. A inicios del mes de junio se inicia con las llamadas del equipo de Psicología al personal militar con diagnóstico COVID-19 positivo. Los motivos de consulta más frecuentes fueron los asociados a la cuarentena, la desesperación de salir por miedo a los contagios, llegando a presentar niveles altos de ansiedad, el miedo de continuar con las patrullas y ver que la gente sale y no cumple con la cuarentena y aparece el temor al contagio y contagiar a sus familias.

El *Colegio de Psicólogos Consejo Directivo Regional I de Lima y Callao/CDR-I*, ha participado en la lucha contra la COVID-19. La creación del Colegio de Psicólogos del Perú se formalizó el 30 de abril del año 1980, y, como hechos significativos de reciente data, se puede considerar la aprobación de la Ley N 28369 - Ley de Trabajo del Psicólogo y de su Reglamento. El Colegio de Psicólogos es una institución autónoma de Derecho Público Interno con personería jurídica, que ejerce la representación oficial y la defensa de la profesión; promoviendo el avance de la Psicología y propiciando la superación profesional de sus colegiados. Actualmente el Colegio de Psicólogos del Perú – CDN, está presidido por el Decano Nacional Dr. Luis Pérez Flores, cuenta con 17 Consejos Directivos Regionales ubicados en sus sedes de sus respectivas regiones. El Consejo Directivo Regional Lima – Callao/CDR-I, ubicado en el Distrito de Pueblo Libre, está presidido por su Decano Regional, Psicólogo David Rogelio Villarreal Huertas.

Dentro de las actividades que han desarrollado para poder afrontar la situación de pandemia en nuestro país, está el programa de *Voluntariado en Tiempos de COVID-19 CDR 1 Lima y Callao*; orientado en brindar

orientación y apoyo emocional a la comunidad en general, el que está coordinado por la Jefa del Área de Capacitación, Psicóloga Patricia Almira Calle Fuentes. Actualmente el programa cuenta con 138 psicólogos voluntarios, titulados, colegiados y habilitados para desarrollar las actividades asistenciales clínicas y de la salud. Ellos reciben llamadas telefónicas y en algunos de los casos realizan video-llamadas. Las atenciones son de lunes a domingo en el horario de 9:00 am a 13:00 pm y de 14:00 a 17:00 pm. Desde el mes de marzo que iniciaron las actividades de tele-consulta a la fecha, se han recibido 4,200 llamadas, los diagnósticos con mayor incidencia son, en orden:

1. Trastorno de Ansiedad

2. Trastorno Depresivo

3. Problemas de Pareja, Violencia Familiar

4. Problemas crónicos

La atención brindada se hace a través de Consejería psicológica o psicoterapia breve.

A nivel de las *Universidades Públicas y Privadas*, en el territorio nacional, cada centro de estudios ha dispuesto y coordinado a través de sus Direcciones y Unidades de Bienestar Universitario la atención y asesoramiento gratuito vía telefónica de sus comunidades de alumnos y docentes, utilizando plataformas virtuales para brindar consejería psicológica.

Asimismo, en algunas de ellas han extendido esta atención al público en general. Las actividades son coordinadas y llevadas a cabo por psicólogos docentes voluntarios y en algunos casos han incluido a alumnos de último ciclo tutorados por un psicólogo docente para realizar un tamizaje y derivar la atención a los psicólogos voluntarios.

Se conoce que vienen realizando tele-consulta protocolizada la Universidad Científica del Sur, la Universidad Norbert Wiener, la Universidad Peruana Unión, Universidad Nacional Federico Villareal, entre otras públicas y privadas (Prensa UPeU, 2020).

Es menester señalar que en la carrera de Psicología en las Universidades Peruanas deben incorporarse temas específicos en relación a la afectación por esta u otras epidemias, mayores cursos que den visión integrativa del ser humano, en sus cogniciones, afectos, creencias, socialización. Hay pocos profesionales formados en Psicología Comunitaria o Clínica Comunitaria, muchos no se reconocen como psicólogos de la salud, existen campos limitados en la sociedad para estos profesionales en los sistemas de salud formales, pues estos profesionales hacen trabajo de docencia, investigación privada y/o producción científica. A la fecha, tras casi tres meses de iniciada la pandemia por COVID-19, no se activan aún a los profesionales psicólogos en su totalidad, sea por tele-trabajo, tele-orientación, trabajo remoto y/o asistencial, o remoto desde el domicilio, muchas veces por desconocimiento del quehacer del psicólogo en algunas instituciones públicas y privadas, pues, persiste la desconexión con sectores populares, con municipalidades, con regiones y/o departamentos; los esfuerzos de los trabajadores sanitarios médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, químicos farmacéuticos, psicólogos y demás profesionales, que están en primera línea ya se ven sobrepasados. El profesional psicólogo a formar debe desarrollar sus capacidades tecnológicas para asimilar sus materias, manejar plataformas virtuales, elaborar páginas web y responder así a la gran demanda, a las condiciones de convivencia actual y al avance de las acciones de tele-salud. En algunas universidades ya se implementan cursos de digitalización, evaluaciones virtuales, uso de sello digital, entra otras modalidades facilitadoras.

En la atención virtual psicológica se atienden a pacientes con síntomas de depresión, ansiedad y problemas en sus relaciones familiares (padres, hijos, pareja), episodios de pánico. Se brinda atención virtual a pacientes con adicciones del *Hospital Hermilio Valdizán* e intervención psicológica a familiares de pacientes con trastorno mental diagnosticados con COVID-19. También se dan charlas preventivo-promocionales para la población que asiste al *Hospital Naval*, en temas como estilos de vida saludables, manejo del estrés, técnicas de relajación y realización de talleres para padres de familia.

En los *Hospitales y Centros del MINSA*, se brinda atención en la Clínica El Golf, grupo Sanna (Clínica San Felipe, Sánchez Ferrer de Trujillo, Belén de Piura y Laboratorio ROE), la ONG América Solidaria, grupo de Solidaridad EMDR con intervención breve basada en la meditación y procesos de neurociencia; orientaciones y consejería al personal de salud que trabaja con pacientes COVID-19 de Rímac Seguros. Se realiza seguimiento de los casos mediante mensajes a través de Whatsapp o llamadas.

En la *Base militar de Pichanaki – Junín*, se han brindado talleres de control emocional y manejo de estrés. En el *Ministerio de la Mujer*, el Servicio de Atención Urgente, se atendieron tentativas de feminicidio, casos de violencia familiar con riesgo severo o casos de menores en riesgo o estado de desprotección, y riesgos severos.

Los psicólogos que trabajan en el sector salud, atienden a la población que se encuentran sufriendo el impacto psicológico, por aislamiento social obligatorio, desarrollando diversos problemas emocionales, siendo el miedo la principal emoción, y el no saber cómo afrontarlo, la ansiedad, la agitación, tristeza, impotencia, normales en esta población hasta cierto punto frente a situaciones desconocidas. Estos síntomas se encuentran incrementados en pacientes que presentan enfermedades crónicas, por ejemplo, en el caso de la fibromialgia, una de las afecciones dolorosas clínicas e incomprensibles más frecuente en Perú, como síndrome de larga duración que cursa con dolor generalizado en músculos, articulación y otros tejidos blandos; los brotes de empeoramiento por las condiciones adoptadas, relacionadas con el confinamiento, determinan una disminución de las actividades físicas y ejercicios y el aumento de las cargas emocionales influyen en el empeoramiento de la enfermedad.

En algunas regiones del país, especialmente en zonas del norte y de la selva norte peruana, la incidencia de nuevos casos contaminados es muy alta y los servicios han dado muestras de haber sido colapsados.

En la *Clínica Aliada*, centro médico especializado en Oncología Integral que maneja altos estándares internacionales en sus programas de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer, ubicada en el Distrito de

San Isidro, a iniciativa del Director Médico Dr. Carlos Carracedo y la Sub Directora Médico Dra. Silvia Falcón, se desarrolló el Programa #ALIADACONTIGO, dirigido a los pacientes oncológicos y a sus familiares, organizando encuentros a través de Facebook live de las diferentes especialidades médicas, de Psicooncología y otras de interés para brindar una información oportuna, disminuir indicadores de estrés asociados a la cuarentena y aislamiento. Se ha logrado un manejo adecuado y afrontamiento de la situación de pandemia por parte del “paciente vulnerable” y de su familia. Asimismo, se contó con una línea exclusiva para recibir las llamadas de los pacientes que requieran una consulta psicológica y puedan ser derivados a la especialidad.

El *Centro de Investigación Académico en Técnicas Avanzadas-CIATA*, es una Asociación Civil sin fines de Lucro, fundada el 24 de septiembre de 1993 para trabajar a favor del desarrollo humano y la prevención de la violencia en el Perú. Se encuentra ubicado en el Distrito de Pueblo Libre y su Director General es el Psicólogo Ciro Guevara Flores, quien también ha sido el creador y coordinador de las actividades psicológicas que se han estructurado como trabajo de atención frente a la pandemia COVID, con desarrollo y ejecución de su *Programa Nacional de Escucha Activa y Soporte Psicológico gratuito: Psicólogos Solidaridad – COVID-19 “Grupo CIATA”*, en el que vienen participando voluntariamente 230 psicólogos a nivel nacional, con cobertura en las diferentes áreas de especialidad, que incluye atención en Quechua (idioma oficial del Perú) a favor de nuestra población quechua hablante. La organización cubre tres turnos de atención: primer turno, de 8.00 am a 12:00 pm, segundo turno, de 12:00 pm a 16:00 pm y tercer turno, de 16:00 pm a 18:00 pm. A la fecha tienen como beneficiados a 500 personas ya atendidas, con alta de la especialidad (con resultados exitosos). El sistema de organización para poder desarrollar este Programa ha considerado desarrollar datos institucionales, las cuales se van actualizando y que están centradas en: perfil y Currículo Vitae del psicólogo participante voluntario, formulario de motivo de atención y derivación de casos consultantes, reporte de atención a cargo de los especialistas y reporte de conformidad y/o evaluación de parte del beneficiado(a). Entre los datos estadísticos relevantes de CIATA se encuentran: mayor porcentaje de solicitantes de atención del sexo femenino: 55 %; incremento de la necesidad de atención psicológica en la población (43 % nunca había sido atendido por un psicólogo); grupo etario de

mayor atención: edades entre 40 y 45 años; motivos de mayor incidencia: ansiedad, angustia y conductas irracionales (miedo a morir).

A nivel educativo los psicólogos miembros del equipo de CIATA, vienen contribuyendo activamente brindando soporte socio-emocional, capacitación, asesoramiento y atención especializada al docente de aula y padres de familia vía plataformas como zoom, en apoyo al Programa “Aprendo en casa”, en el que cabe destacar que se requiere con urgencia ahondar sobre las condiciones socio-emocionales y cognitivas por las que vienen pasando al interior de los hogares más de 8 millones de niños y niñas, como producto del confinamiento, frente a la enseñanza-aprendizaje y los patrones de crianza.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES INTERNADOS (CENTRO DE AISLAMIENTO)

Ante la necesidad de combatir la pandemia de la COVID-19, el Gobierno Central liderado por el Sr. Presidente de la República Ing. Martin Vizcarra Cornejo, decide que “La Villa Panamericana” (sede que albergó a los atletas de 41 países del continente durante los Juegos Panamericanos Lima-2019), se convirtiera en el *Centro de Atención y Aislamiento temporal para paciente de COVID-19*, asignando la responsabilidad en su implementación y funcionamiento a EsSalud, institución a cargo de su Presidenta Ejecutiva Dra. Fiorella Molinelli Aristondo. Mediante la resolución N°494-GG-ESSALUD-2020, se estableció que la gerencia central de Operaciones, a través de la Gerencia de Oferta flexible es responsable de la habilitación, implementación y adecuación y operación de actividades médicas y sanitarias necesarias para el tratamiento del paciente confirmado y/o sospechoso de infección por COVID-19 en este Centro de Atención y Aislamiento sede Villa Panamericana (Gerencia Central de Operaciones, 2020).

CRITERIOS DE INGRESO PARA AISLAMIENTO:

- Paciente con solicitud de referencia de IPRESS

- Paciente sospechoso o confirmado de COVID-19.

- Paciente con criterios de infección respiratoria aguda leve con o sin factor de riesgo.

- Paciente con imposibilidad de realizar y/o cumplir el aislamiento domiciliario y/o riesgo de exposición a la población de su domicilio.

Se consideraron como criterios de exclusión, las personas que presenten algunas condiciones que pudieran perjudicar aún más su salud, por tanto, deben ser conducidas a IPRESS que cuenten con la capacidad resolutive dentro de sus servicios, para atender pacientes pediátricos y gestantes, pacientes con antecedentes de patologías psiquiátricas, pacientes con insuficiencia respiratoria moderada y severa, pacientes inmunocomprometidos o inmunosuprimidos y pacientes con enfermedad cardiovascular, enfermedades hematológicas, diabetes mellitus tipo 1 y enfermedades pulmonares crónicas. La atención psicológica se consideró como un área fundamental en el centro de aislamiento de ESSALUD, equipo liderado por la Licenciada Sheila Iglesias, quien menciona que “transmiten energía, estabilidad emocional, además de brindar apoyo para la adaptación al aislamiento” a los pacientes que se encuentran temporalmente en Villa Panamericana.

VÍAS Y MODALIDADES DE PSICOTERAPIA MÁS UTILIZADAS EN LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA.

El rápido avance de las Tecnologías Informativas y de la Comunicación/TIC's fomentado por el creciente desarrollo de la tecnología digital, brinda oportunidades sin precedentes para alcanzar mejores niveles de vida y una mayor capacidad de “sentirse cerca”. Se considera a las TIC's como el acceso a los servicios del internet, TV por cable, teléfono celular y teléfono fijo (INEI, 2018, p. 395).

Las vías y modalidades de psicoterapia más utilizadas por los psicólogos de la salud son las siguientes:

TELE-PSICOLOGÍA

Según la APA, se define a la Tele-psicología como la prestación de servicios psicológicos empleando tecnologías de la información y de la telecomunicación, mediante el procesamiento de la información por medios eléctricos, electromagnéticos, electromecánicos, electro-ópticos o electrónicos. Dentro de estos medios podemos incluir los dispositivos móviles, los ordenadores personales, los teléfonos, las videoconferencias, el correo electrónico, webs de autoayuda, blogs, redes sociales, etc. La información puede ser transmitida tanto por vía oral como escrita, así como por imágenes, sonidos u otros tipos de datos. La comunicación puede ser síncrona (videoconferencia interactiva, llamada telefónica) o asincrónica (e-mail) (APA, 2013, p. 792).

La Guía para la práctica de la tele-psicología (2017) menciona algunas Indicaciones para su aplicación:

Los profesionales de la psicología deberán estar preparados para situaciones de emergencias. Deberán conocer la forma de acceso a los servicios de emergencias pertinentes correspondientes a la zona local del paciente/cliente, como, por ejemplo: teléfonos de contacto, de emergencias, de servicios sociales, así como el acceso a una persona de apoyo para el paciente/cliente. Estos profesionales deben valorar si poseen las condiciones necesarias y si conocen suficientemente estas herramientas para realizar este servicio. Se tomarán todas las medidas necesarias para proteger y mantener la confidencialidad de los datos y toda la información concerniente a sus pacientes/clientes y les informarán de los riesgos potenciales respecto a la pérdida de confidencialidad, derivados del uso de tecnologías de telecomunicación, si los hubiera. Se deberá tomar las medidas necesarias, para garantizar la existencia de medidas de seguridad que protejan y controlen el acceso a los datos del paciente/cliente dentro de un sistema de información.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Una crisis es “una situación temporal de desorganización, caracterizada por incapacidad del individuo para manejar problemas con los recursos habituales y obtener resultados”. (Trigo y De la hermosa, 2009, p. 503). Al hacer una intervención en crisis es importante que los/as clínicos/as evalúen las dos principales características de toda crisis: los eventos desencadenantes y las estrategias de afrontamiento. Un evento desencadenante es una situación aguda o prolongada que amenaza el equilibrio psicológico de una persona. Puede estar relacionado con cambios del entorno físico (ej. desastres naturales); la esfera socio-familiar (ej. pérdida de un ser querido) o la esfera biológica (enfermedad grave). La pandemia por el COVID-19 se ha transformado en ese evento desencadenante que, además de ser universalmente estresante, reúne efectos en diversas áreas del funcionamiento humano (ej. pérdidas de seres queridos, enfermedades, incertidumbre, confusión, aislamiento social, pérdidas laborales, etc.), las que, además, pueden observarse todas al mismo tiempo en una sola persona (Martínez, 2020, p. 4).

Según Osorio (2017), la intervención en crisis se divide en:

INTERVENCIÓN EN 1ª INSTANCIA: Consiste en dar los primeros auxilios psicológicos y restablecer el enfrentamiento inmediato ante la crisis que se está viviendo (en este caso asociada a COVID-19). En el caso de los primeros auxilios psicológicos debe considerarse:

REALIZAR EL CONTACTO PSICOLÓGICO: significa escuchar totalmente a la persona, con toda la carga afectiva, emocional y conductual que esto conlleva, lo mismo los hechos que los sentimientos y/o las emociones; sin juicio y sin reclamo...y la utilización paralela de lineamientos reflexivos, y frases de conexión y empatía para que la persona sepa que de manera real escuchamos lo que ha dicho.

Examinar las dimensiones del problema: implica la evaluación de las dimensiones o parámetros del problema. La indagación se enfoca en tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato se refiere a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis, en especial al incidente específico que desató, disparó o precipitó la crisis.

ANALIZAR LAS POSIBLES SOLUCIONES: implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después. El profesional asistencial adopta este enfoque paso a paso, al preguntar primero acerca de qué se ha intentado ya, qué no ha funcionado, para entonces llevar a la persona en crisis a generar alternativas, seguido por lo que añade como otras posibilidades, más analizadas y estructuradas. Se analizan las alternativas, las ganancias y pérdidas, los pros y contras de cada solución. Después aquellos son sintetizados y jerarquizados de modo adecuado a las necesidades inmediatas y postergables. Una cuestión importante es analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular

ASISTIR EN LA EJECUCIÓN DE UNA ACCIÓN CONCRETA: después del análisis hecho, implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta para manejar la crisis y afrontarla; se contemplan dos escenarios que dependerán de la gravedad del suceso y de la capacidad de afrontamiento que demuestre la persona en ese momento: 1) una actitud facilitadora, que favorece el afrontamiento de la persona por ella misma, y 2) una actitud directiva donde el afrontamiento se hace más guiado y acompañado.

DARLE SEGUIMIENTO: implica el extraer información y establecer un procedimiento que permita el seguimiento para verificar el proceso. La principal actividad del profesional asistente aquí es especificar un procedimiento para que él y el paciente estén en contacto en un tiempo posterior.

INTERVENCIÓN EN 2ª INSTANCIA: Consiste en brindar a las personas que lo requieren un proceso psicoterapéutico dirigido a ayudar a superar los sucesos traumáticos.

De la torre y Pardo (2018) mencionan algunas medidas, pautas y técnicas a tomar en cuenta en la intervención tele-psicológica.

MEDIDAS DE PROTECCIÓN EN LA INTERVENCIÓN TELE-PSICOLÓGICA:

- Disponer de un plan de actuación previo escrito para el terapeuta: el psicólogo ha de conocer los protocolos de actuación específicos para estos casos (ideación suicida, agitación, violencia, abuso sexual).

- Obtener información sobre la identidad del cliente (nombre, apellidos y dirección), los recursos de emergencia y atención sanitaria de su área: números de teléfono de ayuda, localización de hospitales y servicios médicos (preferiblemente con urgencias y atención psiquiátrica), así como el contacto de una persona de apoyo, amigo, familiar cercano u otros profesionales relevantes (por ejemplo, psiquiatra) mediante el consentimiento informado.

- Proporcionar al cliente información sobre asociaciones y otros recursos profesionales de apoyo en crisis en su entorno, a ser posible en el mismo consentimiento informado.

PASOS A SEGUIR EN SITUACIÓN DE CRISIS DURANTE LA INTERVENCIÓN TELE-PSICOLÓGICA:

1. Informar al cliente del riesgo de esta situación, explicarle la contraindicación de seguir una psicoterapia online y las razones para una derivación.

2. Confirmar los datos de localización y contacto del cliente, para establecer un plan de actuación para su protección; siempre que sea posible, deberá ser acordado entre los dos y se proporcionarán instrucciones claras sobre cómo actuar.

3. Contactar con una de las personas de apoyo (familiar o amigo cercano propuesto por el cliente) para solicitar asistencia, acompañamiento u otra atención (por ejemplo, traslado a un servicio médico para asistir la emergencia) si se detecta riesgo medio-alto.

4. En caso de que, pese a las explicaciones y el trabajo terapéutico, el cliente o la persona de apoyo rechacen las actuaciones recomendadas, el psicólogo ha de cumplir con la normativa y la obligación de solicitar la ayuda médica, otro terapeuta de la zona, policía o los servicios de emergencia u otra autoridad si fuera necesario.

TÉCNICAS PARA EL CONTROL DE LA ACTIVACIÓN (RESPIRACIÓN, RELAJACIÓN, ETC.).

- Contar con instrucciones en audio o vídeo y/o en aplicaciones móviles que guíen la práctica del cliente.

- Instruir detalladamente al cliente sobre cómo ha de preparar el ambiente para la práctica de estas técnicas (al no estar el terapeuta en consulta no puede manejar las condiciones ambientales), indicándole las condiciones idóneas: ruido, temperatura, luz, etc.

- Hacer un mayor uso del modelado: dedicar tiempo a visualizar al terapeuta realizando la conducta que estamos entrenando.

- Ampliar el campo de la cámara en videoconferencia para que el terapeuta pueda ver la imagen completa del cliente y evaluar si se está entrenando correctamente y así proporcionar una retroalimentación adecuada.

- Para hacer un conveniente seguimiento del aprendizaje de estas técnicas es esencial, utilizar auto-registros detallados de la práctica que permitan valorar correctamente el dominio de las estrategias propuestas para el control de la activación; y también valorar la conveniencia de que el cliente se grabe a sí mismo durante su entrenamiento.

TÉCNICAS DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Cuando se esté realizando un “debate socrático” ha de tenerse muy en cuenta el respeto por los tiempos de verbalización de cada interlocutor dado que en las videoconferencias, los solapamientos suponen cortes en la comunicación y ello puede dificultar la fluidez de la interacción. Puede ser especialmente conveniente acompañar los procedimientos de reestructuración cognitiva de documentos explicativos y pedir tareas por escrito (por ejemplo: reestructurar determinados pensamientos) para eliminar posibles barreras de la interacción online.

Se recomienda realizar una organización jerárquica de preocupaciones asociadas a la crisis, lo mismo que una profundización de desarrollo de habilidades de regulación emocional, de relajación y estrategias para el autocontrol. También se exploran sus interpretaciones sobre las situaciones vividas para evaluar cuáles son realistas y adaptativas por duras que sean, y cuáles están pasando por el tamiz de una interpretación catastrófica sin mucha evidencia que las respalde. Se debe valorar si el asesorado tiene ideas de infra o sobre-valoración del fenómeno, de los cuidados necesarios, del impacto del virus y del aislamiento, y aclarar con información científica lo que se hace indispensable (Larroy et al. 2020)

Entre las técnicas psicológicas más utilizadas en la auto-gestión emocional han sido de ayuda las técnicas de respuesta de relajación de Benson, la imaginería, la meditación y las prácticas de atención consciente (más conocidas como atención plena o mindfulness), en el marco de diversos programas de actividades, eligiendo aquellas de mejor manejo. Existen links, videos de ayuda en internet. Así también han sido de ayuda otras técnicas “mente-cuerpo”: relajación (diversos sistemas), Taichi, Yoga, meditación, ejercicios, baile,

danzaterapia, psicodanza, automasaje. EsSalud en 1997 inició el desarrollo de un área, llamada “Medicina Complementaria”, la cual dió servicio a los usuarios a nivel nacional, a la fecha con una antigüedad de 22 años, los psicólogos de esta área han sido formados en terapias integrativas y diversos tipos de psicoterapia. Algunas de estas actividades están siendo recomendadas a practicar en áreas libres a la población en la actualidad, en horarios restringidos, manteniendo los cuidados de distancia social y auto-cuidados de protección. Esta institución ha elaborado materiales o manuales para algunas de estas terapias que se están aplicando en la atención psicológica ante la COVID-19 (Luján, 2014).

Ante el manejo del duelo por COVID-19, han sido de ayuda guías y materiales como TOOLTOYS, material producido por la Red Latinoamericana de Psicología Pediátrica de México (Gallo, Llaca y Adamé, 2020), el trabajo del duelo demandará seguimiento continuado por largo tiempo, situación que el sistema sanitario no lo facilita, pues está regulado ver sólo en 6 ocasiones a un paciente al año, en el caso de EsSalud.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PROFESIONALES DE LA SALUD QUE PRESTAN ASISTENCIA A ENFERMOS DE COVID-19

De acuerdo a la Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental de la Población Afectada, Familias y Comunidad aprobada mediante Resolución Ministerial N°186- 2020-MINSA (MINSA, 2020d), en lo referido a la atención del personal de salud se señala:

Las IPRESS, la Jefatura o Dirección, designa a un *Equipo de Acompañamiento Psicosocial para el Personal de la Salud (EDAPS)*. El EDAPS está constituido principalmente por profesionales de la IPRESS: de medicina (de preferencia psiquiatría), psicología, enfermería y trabajo social. Se encarga de la vigilancia de los riesgos psicosociales ocupacionales, implementación y monitoreo de las medidas de autocuidado, cuidado de la salud mental, identificación de problemas de salud mental, acompañamiento psicosocial, gestión para la intervención y seguimiento para la recuperación del personal de la salud.

En base a la Guía del cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto de COVID-19 aprobada, se presenta una serie de indicaciones para salvaguardar al personal de salud, tales como:

1. Cada nivel institucional y/o autoridad debe proporcionarle seguridad laboral a todo su equipo de trabajo, de acuerdo a lo establecido por Ley. Presentar una infraestructura cómoda para el desempeño laboral, disponibilidad de material de bioseguridad, pausas activas saludables, alternancia entre tareas de alto estrés y bajo estrés, información clara de parte de las organizaciones, cumplimiento de los horarios establecidos, acceso a recursos para el cuidado de salud propia y de familiares. De igual forma, fomenta estrategias de promoción de resiliencia como sesiones de regulación emocional, capacitación integra continua, elaborar y difundir material informativo, entre otras.

2. El EDAPS es responsable de realizar la difusión de la información sobre las estrategias de autocuidado de la salud mental para el personal de la salud. Medidas como la alimentación balanceada, cumplimiento de horas de descanso, actividad física regular, mantener una comunicación asertiva y valorar los componentes emocionales.

3. Cada nivel institucional implementa acciones, a través de los EDAPS, para mantenerse alertas ante la ocurrencia de respuestas esperables en el contexto de la pandemia de COVID-19, tales como una fuerte y recurrente preocupación por la situación a la que están sometidos, incertidumbre, soledad, estrés, miedo, pena, frustración, culpa, problemas con el sueño y el apetito, agotamiento y pensamientos y emociones negativas frente a las cuales es necesario replantear la rutina laboral con espacios para el descanso, la comunicación de sus emociones con personas cercanas, a fin de permitirse que se abra paso a un nuevo estado de mejor funcionamiento. Los trastornos mentales y del comportamiento y otros problemas de salud mental más frecuentes son: reacción a estrés agudo, trastorno de adaptación, de ansiedad, episodios depresivos, violencia, síndrome de agotamiento ocupacional o síndrome de burnout.

4. El personal que presenta algún problema de salud mental, o aquellas personas con síntomas significativos, reciben de manera individual el acompañamiento psicosocial por parte del EDAPS, donde se aplican los primeros auxilios psicológicos y donde se aborda los determinantes de la salud de la persona. A partir de la identificación se desarrolla y emplea un plan de intervención individualizado, el cual tiene como objetivo reducir el impacto psicológico, restablecer la salud mental y promover la estabilidad psicosocial del personal de la salud.

Teniendo en cuenta las disposiciones del Ente Rector – MINSA, la atención psicológica a los profesionales de la salud se ha estructurado por instituciones, facilitando en algunos casos que un equipo de psicólogos o un psicólogo pueda realizar la cobertura a través de tele-consulta.

En EsSalud, aproximadamente en un Hospital de referencia nacional, tienen cerca de 900 trabajadores con diagnóstico COVID-19, algunos hospitalizados en el Hospital referencial, otros en la Villa Panamericana y otros en cuarentena en sus domicilios. La Unidad de Seguridad y Salud Ocupacional de la institución cuenta con una psicóloga quien viene cubriendo la atención psicológica a través de tele-consulta; al ser la única profesional asignada al puesto, ha solicitado apoyo de los psicólogos asistenciales del hospital referencial para lograr alcanzar a toda la población profesional que tienen.

En el Hospital Militar Central, la atención a los profesionales y personal con diagnóstico positivo, se ha canalizado a través de interconsulta a la coordinadora de Psicología en Línea, quien deriva el caso a una de las 8 psicólogas del equipo de PEL.

En la Clínica Aliada, la Gerente de Recursos Humanos, Tania Pérez Reyes, es quien tiene la información de los casos de trabajadores con COVID-19 positivo y deriva los mismos a Psicología, que a la vez realiza la tele-consulta para brindar el apoyo e intervención especializada. A la fecha se ha realizado la cobertura a personal de salud de enfermería (enfermeras y técnicas de enfermería) y personal administrativo.

Se conoce que se han venido realizando actividades presenciales de cumplimiento a la guía del MINSA con actividades de relajación y afrontamiento al estrés con el personal de instituciones de salud. Asimismo, existen instituciones y centros de psicoterapia privados que han tenido iniciativas de abrir sus líneas telefónicas para brindar tele-consulta y atención a los profesionales de la salud “o personal de primea línea”. Aún no han presentado datos sobre la actividad realizada.

ATENCIÓN A FAMILIAS DE ENFERMOS O EN PROCESO DE DUELO POR LA PÉRDIDA DE UN FAMILIAR POR COVID-19.

Se ha observado que un porcentaje de las personas infectados por COVID-19 no requieren de hospitalización y permanecen en cuarentena en sus viviendas, pero de igual forma necesitan de atención médica y acompañamiento para un mejor afrontamiento de la situación.

La creación del grupo denominado “*Te Cuido Perú*”, en abril de 2020, liderado por el Ministerio de Defensa en conjunto con el Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud, la Secretaria de Gobierno Digital de la Presidencia del Consejo de Ministros, el Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI), el Ministerio de Desarrollo e Inclusión social, el Ministerio de Transporte y Comunicaciones, el Ministerio del Interior, Migraciones, la Policía Nacional, la Reniec y la Osiptel, busca detectar a los infectados por COVID-19 con síntomas leves y asintomáticos, a sus familiares y personas cercanas, para aislarlos y evitar mayor contagio.

En la Plataforma digital única del Estado Peruano (2020) se menciona que el grupo de trabajo está integrado por 7 componentes: la plataforma digital, el equipo de detección, el equipo de seguimiento médico y soporte emocional, el equipo de aislamiento, el equipo de apoyo alimentario, el equipo de vigilancia y el de tratamiento de fallecidos. Los psicólogos se encuentran en el Equipo de Seguimiento médico y soporte emocional, que es el que realiza una evaluación continua del desarrollo de la enfermedad, también se presta el servicio de soporte emocional para adaptarse al aislamiento. El seguimiento es dividido en dos grupos de atención:

- Para las personas asintomáticas o con síntomas leves sin presentar un factor de riesgo, únicamente son aislados en su domicilio, ofreciéndose un seguimiento telefónico diario y acompañamiento psicológico.

- Para las personas con síntomas leves y con factores de riesgo alto, que son aisladas en su domicilio, cuentan con seguimiento telefónico dos veces al día con visita domiciliaria y se observa si necesita hospitalización o no de acuerdo a la gravedad.

Este equipo a su vez cuenta con el soporte del Equipo de Psicología en Línea del Hospital Militar Central, a quien derivan los casos que identifican de pacientes o familiares en duelo por pérdida de un familiar para que se les brinde la atención terapéutica especializada que corresponde, a la intervención se consignan los siguientes datos que serán reportados a la coordinadora del equipo: nombres y apellidos, edad, DNI, sexo, triaje (cuadro referencial señalado anteriormente), distrito, estado civil, procedimiento o intervención psicológica, teléfono, observaciones, diagnóstico según la CIE-10 (códigos F o códigos Z) y se coordina un seguimiento según cada caso.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA INTEGRACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EXPERIENCIAS QUE YA HAYAN PODIDO SER EVALUADAS.

CIATA, es una de las instituciones que ha sido invitada para ser incluida como una experiencia exitosa sobre el trabajo que vienen realizando sobre la Psicología frente a la COVID-19 en el mundo (por haber desarrollado la Guía Básica de Atención y su Protocolo de Intervención Nacional en su Primera Versión) dentro del capítulo de Latinoamérica, por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Institución académicamente representativa en el Perú. Se señala que cada persona entrevistada para obtener los datos para este informe, ha considerado en su evaluación como “experiencia exitosa” el trabajo que vienen realizando con sus equipos, habiendo obtenido el reconocimiento de sus jefes directos o jefes institucionales.

FORTALEZAS:

- El accionar inmediato de los distintos servicios de psicología a nivel de las instituciones de salud del MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional Peruana, Instituciones Privadas de Salud, demuestra que los psicólogos de la salud lograron estructurar sus competencias de acuerdo a las demandas nacionales, regionales, locales, institucionales, comunitarias, familiares e individuales.

- Se ha puesto de manifiesto el compromiso con la capacitación, participando como asistente, moderador o conferencista de webinars dirigidos a profesionales de la salud, a pacientes o a públicos en general, compartiendo información en tiempo real para mantener una actualización y realizar un trabajo eficiente.

- Reconocimiento y empoderamiento de la comunidad psicológica de visibilizar la necesidad de un seguimiento psicológico especializado no solo a los pacientes en proceso de enfermedad o con indicadores psicosociales, sino de articular estrategias preventivas que pudieran disminuir factores de riesgo para desarrollar problemas de salud mental o física.

- La necesidad de mejorar la calidad de vida y acompañamiento de los compañeros profesionales y técnicos de la salud o administrativos para que puedan sentirse acompañados durante el período generó un compromiso para brindar atención y seguimiento.

- Se reforzaron virtudes y fortalezas en los psicólogos como la solidaridad, resiliencia, empatía para contribuir a reforzar y aportar en el desarrollo social y en la construcción de una sociedad más justa, equitativa, responsable y solidaria.

- Se ha logrado gratificación de participar en colectivos de voluntariado a nivel nacional o integrando algunos de nivel latinoamericano para cubrir atenciones de las necesidades psicológicas, reconociendo que la problemática frente a la COVID-19 es transversal y global.

- La pandemia traerá cambios también a la Psicología como ciencia, que será diferente y ofrece una nueva oportunidad para explorar nuevos escenarios íntimos y familiares, y ya que disminuirán encuentros cara a cara, será necesario más tiempo para conocerse profesional y cliente/paciente a través de la tecnología. Algunas herramientas (cuestionarios, tests psicológicos, guías de auto-gestión) podrán digitalizarse, otros no; pero sin duda nuevos contextos y escenarios psicosociales impactarán en el trabajo profesional psicológico, entre ellos el trabajo en equipo multidisciplinario, el enfoque inter-cultural, etc. Será necesario trabajar más con los migrantes que retornan a su zona de origen al interior del país, con los vendedores ambulantes que se exponen a situaciones que generan crisis emocionales y disminución de respuestas de afrontamiento adaptativo al estrés, todo lo cual demandará nuevos proyectos y procedimientos que desarrollarán la Psicología Comunitaria.

DEBILIDADES:

- Se considera como una debilidad altamente significativa el que aún no se logre articular las actividades asistenciales de las instituciones de salud con las experiencias de los académicos de las universidades para poder establecer un trabajo conjunto que pueda generar investigaciones actualizadas y referenciales.

- El hecho anterior lleva a la falta de un mayor refuerzo en el desarrollo de la enseñanza y de la investigación científica y tecnológica para la salud de parte de la Psicología.

- En algunos casos se ha identificado que la falta de formación terapéutica y experiencia en intervención por tele-consulta puede limitar un abordaje en un caso complicado, por lo que se debe fortalecer una conducta profesional ética del psicólogo que debe reconocer autocriticamente si tiene experiencia especializada o no.

- Se considera también que algunas personas no cuentan con la accesibilidad a un equipo de tele-comunicación o tienen una cobertura muy baja que limita una fluida intervención terapéutica.

ESTRATEGIAS O PROGRAMAS PARA EL PERÍODO POST PANDEMIA.

Por Resolución Ministerial se delega en el Instituto Nacional de Salud, a través del Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Ambiente para la Salud (CENSOPAS), la administración del registro del “Plan para la vigilancia, prevención y control de la COVID-19 en el trabajo” en el Sistema Integrado para COVID-19 (SISCOVID-19) del Ministerio de Salud; el registro del Plan se realiza de forma digital y automática en SISCOVID-19. Dicho registro se encuentra sujeto a fiscalización posterior. Las personas jurídicas que estén autorizadas para el reinicio de actividades, que cuenten con el Plan registrado en el SISCOVID-19, deben remitir, dentro de las 24 horas siguientes, una copia del Plan a todos los trabajadores. Sin perjuicio de lo anterior, CENSOPAS establece un mecanismo de acceso al Plan para los trabajadores que lo soliciten.

A la fecha las actividades asistenciales presenciales de Psicología no se han reanudado totalmente, dando cumplimiento a la disposición del Gobierno que si la actividad puede desarrollarse como “tele-trabajo o trabajo remoto” debe considerarse para poder disminuir los riesgos de aumentar los casos de transmisibilidad de la COVID-19.

Asimismo, se debe considerar que el Gobierno, ha valorado la reactivación económica en 4 fases para su implementación, las que se irán evaluando permanentemente de conformidad con las recomendaciones de la Autoridad Nacional de Salud. Se estima que cada fase se desarrolle en el período de un mes, durante mayo, junio, julio y agosto.

Los Servicios de salud en algunas instituciones, especialmente privadas, reiniciaron su atención diferenciada (especialidades médicas con horarios restringidos) en la Fase 2. Sin embargo, la actividad psicológica no ha sido incluida en la atención por consultorios externos presenciales, continuando con tele-consulta.

Cuentan con presencia psicológica las actividades de visita domiciliaria a pacientes con cuidados paliativos, donde parte del equipo de salud es integrado por una psicooncóloga.

A la fecha, algunas instituciones de salud vienen estructurando sus plataformas digitales para iniciar la atención en sus instalaciones, pero para el uso de las Historias Clínicas, lo que equivale a continuar con el trabajo de tele-consulta.

ALGUNAS ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN, PREVENCIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO FRENTE A LA COVID-19

En la Facultad de Psicología de la Universidad de San Marcos, se presentó un Proyecto de Responsabilidad Social “Prevención del COVID-19 en Facultad de Psicología de San Marcos. Modelo para ambientes universitarios” por Montero y colaboradores (2020), que incluyó un Seminario Virtual gratuito con temas específicos y dirigido solo a estudiantes de Psicología. Se tomaron pruebas de entrada y salida acerca de conocimientos sobre el coronavirus, tests de ansiedad y depresión y un cuestionario de afrontamiento ante la enfermedad. Los resultados fueron exitosos, con participación inicial de 180 estudiantes; se construyó y difundió una página Facebook sobre el Seminario, la cual cuenta con 286 miembros a la fecha, donde se colocaron anuncios, vídeos, libros, enlaces con páginas importantes, afiches, stickers, mensajes preventivos, noticias, etc., todos de fuentes oficiales.

También la Asociación de Estudiantes de Psicología del Perú convocó a una capacitación sobre “Psicología aplicada en aislamiento social”, con conferencias gratuitas en diversos temas útiles, participando 300 estudiantes.

El Grupo CIATA viene desarrollando un Programa de Ayuda Social “Psicólogos Solidaridad COVID-19”, en la que participan 220 Psicólogos con presencia nacional, con un Manual de Consejería y Orientación Psicológica, muy completo.

El Colegio de Psicólogos del Perú, realizó un curso clínico on line gratuito con temas muy necesarios para el enfrentamiento a la COVID-19. El Consejo Regional Lima del Colegio de Psicólogos emitió dos

pronunciamientos para orientar a la población y un video con tips de prevención. Algunas universidades privadas comenzaron con comunicaciones y publicidad acerca de formas de prevención en abril.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICOS DERIVADOS DE LA PANDEMIA

Se han diseñado y se encuentran en ejecución muchas investigaciones: propiedades psicométricas de la escala de actitudes hacia la COVID-19; preocupación empática y actitudes hacia la pandemia, con énfasis en el papel de la auto-regulación emocional; actitudes y conocimientos hacia la salud ante la COVID-19 en Perú en comparación con otros países; adaptación y análisis psicométrico del Coronavirus Anxiety Scale (CAS) en jóvenes y adultos peruanos; burnout y síntomas ansioso-depresivos en trabajadores de la salud; factores asociados a depresión, ansiedad y estrés en personal del Instituto de Salud del Niño; abordaje psicológico de la COVID-19 con revisión narrativa de la experiencia latinoamericana; factores asociados al fatalismo ante la COVID-19 en 20 ciudades del Perú en marzo 2020; encuesta sobre tele-psicología y satisfacción laboral en Psicólogos profesionales, y muchas otras. Estas investigaciones están dirigidas por lo general por reconocidos profesores universitarios, entre ellos, algunos autores de este capítulo.

Asimismo, el Equipo de Aprendizaje CIATA viene mejorando la guía de intervención actual, en base a los resultados que van registrando de todos los casos atendidos, iniciando la elaboración de instructivos de soporte psicológico a favor de la población en general, para atender los factores de mayor riesgo psicológico. Y en su segunda versión se anexarán los datos estadísticos obtenidos tanto de la experiencia de atención, como de la investigación del instrumento de medida de comportamiento de la población frente al COVID-19, que se viene levantando a nivel nacional.

Este instrumento es la Escala de Medición Socioemocional y Cognitiva frente a la COVID-19: COVID-PERÚ-CIATA/CPC, que cuenta con una versión en quechua. Cuenta a la fecha con una base nacional de datos con más de 2,800 registros, como producto del trabajo desplegado en todo el territorio nacional. La Escala

identifica 6 dimensiones de manifestación que tienen que ver con el pensar, sentir y actuar frente a la pandemia; estos resultados sin duda podrán contribuir a proponer, no sólo un mejor abordaje en el campo a favor de la salud mental, sino también para la implementación de políticas públicas, en la medida que estaremos identificando los factores de riesgo y protectores en los siguientes campos de análisis: juicio valorativo, condiciones de salud desfavorables, comportamiento socio familiar, identificación de emociones y sentimientos, información y expectativas y duelo y gestión de emociones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Alcalde-Rabanal, J., Lazo-González, O. & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud pública de México*, 53, s243-s254.

American Psychological Association. (2013). *Guidelines for the practice of telepsychology*. *American Psychologist*, 68(9), 791-800.

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Munayco, C. y Ulloa, G. (2018). Análisis de Situación de Salud del Perú 2019. (1a ed). Perú: CLASSE COLOR E.I.R.L.

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2020a). Situación actual "COVID-19" al 31 de marzo. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus310320.pdf>

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2020b). Situación actual "COVID-19" al 30 de abril 2020. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus300420.pdf>

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2020c). Situación actual "COVID-19" al 31 de mayo 2020. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus310520.pdf>

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2020d). Situación actual "COVID-19" al 18 de junio 2020. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus180620.pdf>

Cetrángolo, O., Bertranou, F., Casanova, L. y Casalí, P. (2013). *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. (1ª. ed). Lima: OIT

CIBERSALUD (2020). Tele-salud mental en Perú. Medidas COVID-19. Disponible en: <https://www.cibersalud.es/tele-salud-mental-en-peru-medidas-COVID-19/>

De Lama, G.; Chávez, H. y Pérez, L. (2020). El Colegio de Psicólogos del Perú y la Tele Psicología en tiempos de pandemia. Disponible en: <http://api.cpsp.io/public/documents/1586056340626-telepsicologia.pdf>

De la Torre, M. y Pardo, R (2018). *Guía para la intervención tele-psicologica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de: https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-5c1b5a8602018.pdf

Diario oficial del bicentenario El Peruano. (2019). Decreto de urgencia N° 017-2019 decreto de urgencia que establece medidas para la cobertura universal de salud. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-para-la-cobertura-decreto-de-urgencia-n-017-2019-1831446-1/>

Diario oficial del bicentenario El Peruano. (2020a). Ordenanza que establece medidas extraordinarias en el marco de los alcances del Decreto Supremo N° 044-2020-PCM que declara el Estado de Emergencia Nacional por el brote del Coronavirus (COVID-19) en el distrito de Comas. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ordenanza-que-establece-medidas-extraordinarias-en-el-marco-ordenanza-n-587mdc-1865231-1/>

Diario oficial del bicentenario El Peruano. (2020b). Decreto supremo N°044-2020-PCM. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/566448/DS044-PCM_1864948-2.pdf

Ejercito del Perú. (2020). Comando de Educación y Doctrina del Ejército - COEDE. Disponible en: <http://www.ejercito.mil.pe/coede/>

Gallo, M., Llaca, C., Adamé Ma. J. (2020). Duelo por COVID. Guía de la Red Latinoamericana de Psicología Pediátrica y la Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México. [acceso 15 julio 2020]. Disponible en: <https://www.tooltoys.mx>

Gerencia Central de Operaciones (2020). Plan de Habilitación, implementación, adecuación y operación del centro de atención y aislamiento COVID-19 Villa Panamericana. Recuperado de: http://www.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/RGG_556_GG_ESSALUD_2020.pdf

Guía para la práctica de la tele-psicología. (2017). *Consejo general de la psicología*. Recuperado de: <http://www.cop.es/pdf/telepsicologia2017.pdf>

Instituto nacional de estadística e informática/INEI. (2018). Perú: perfil sociodemográfico. Informe nacional. Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (2020). *Recomendaciones clínicas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en población en aislamiento por COVID-19*. Lima: EsSalud. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/salud_mental_poblacion_aislamiento.pdf

Larroy, C., Estupiña, F., Fernandez, I., Hervas, G., Valiente, C., Gomez, M., Crespo, M., Rojo, N., Roldan, L., Vasquez, C., Ayuela, D., Lozano, B., Martinez, A., Pousada, T., Gomez, A., Asenjo, A., Rofrigo, J., Florido, R., Vallejo, M., Sanz, S., Martos, L., Gonzales del Valle, S., Anton, A., Jimenez, A., De miguel, A., Abarca, B., de la torre, M. y Pardo, R. (2020). Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico del COVID -19 en la población general. *Clínica universitaria, Psicología. Universidad Complutense de Madrid*.

Lujan, C. (2014). El servicio de Medicina complementaria de EsSalud, una alternativa en el sistema de salud peruano. *Rev Med Hered*; 25, 105-106.

Martínez, C. (2020). Intervención y psicoterapia en crisis en tiempos del coronavirus. *Centro de estudios en psicología clínica y psicoterapia udp*. Chile. Recuperado de: http://midap.org/wp-content/uploads/2020/04/INTERVENCION-Y-PSICOTERAPIA-EN-CRISIS_Caudio-MartADnez_abrio2020.pdf

Ministerio de salud. (2020a). Documento técnico. Plan nacional de reforzamiento de los servicios de salud y contención del COVID-19. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/568975/RM_095-2020-MINSA.PDF

Ministerio de salud. (2020b). Resolución ministerial N°040-2020. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/505246/resolucion-ministerial-040-2020-MINSA.PDF>

Ministerio de salud. (2020c). Resolución Ministerial 086-2020. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/545964/Resolucio%CC%81n__Ministerial_086-2020-MINSA.pdf

Ministerio de Salud del Perú (2020d). *Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental de la Población Afectada, Familias y Comunidad* (Resolución Ministerial No 186-2020-MINSA). Disponible en https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/581977/RM_186-2020-MINSA.PDF

Ministerio de Salud del Perú (2020e). *Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19* (R.M. N° 180-2020-MINSA). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>

Organización mundial de la salud (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. (No. A53/4). Disponible en: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf

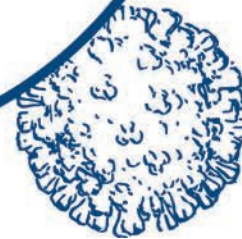
Osorio, A. (2017). Primeros auxilios psicológicos. *Integración académica en psicología*, 5(15). Recuperado de: <https://integracion-academica.org/attachments/article/173/01%20Primeros%20Auxilios%20Psicologicos%20-%20AOsorio.pdf>

Plataforma digital única del Estado Peruano. (2020). Te cuido Perú. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/mindef/campa%C3%B1as/974-te-cuido-peru>

Prensa UPeU (2020). Universidad Peruana Unión brinda ayuda psicológica gratuita en tiempos del Coronavirus. Disponible en: <https://www.upeu.edu.pe/noticias/universidad-peruana-union-brinda-ayuda-psicologica-gratuita-en-tiempos-del-coronavirus>

Sphere, A. (2020). La aplicación de normas humanitarias en respuestas globales a la COVID-19 es esencial para la calidad de los programas, según la ONU. Disponible en: <https://www.spherestandards.org/es/>

Trigo, A. y De la hermosa, L. (2009). Urgencias psiquiátricas. Urgencias e intervención en crisis. En: Bravo, M., Saiz, J. y Bobes, J. (Eds.). *Manual del residente en psiquiatría*. (pp. 499-506). España: Ene Life Publicidad S.A. y Editores.



CAPÍTULO IX

LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA EPIDEMIA DEL SARS-COV-2 EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

MIGUELINA JUSTO

*Escuela de Psicología de la Universidad
Nacional Pedro Henríquez Ureña*

WENDY ALBA

Colegio Dominicano de Psicólogos

NOTAS DE LAS AUTORAS:

La labor de recolección de estas informaciones se realizó gracias al contacto con personas responsables de iniciativas llevadas a cabo en la República Dominicana, para el abordaje psicosocial de la epidemia del SARS-CoV-2, y a la participación de las autoras en algunas de las mismas. Las autoras no han recibido financiamiento para la realización de este trabajo.

Para correspondencias relacionadas con este artículo, favor escribir al correo electrónico: mj5981@unphu.edu.do

“(...) Yo he cincelado en vuestras cortezas y en mi alma: no hay que perder la esperanza.”

Otilio Vigil Díaz

LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA EPIDEMIA DEL SARS-COV-2 EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

El organismo rector del sistema nacional de salud de la República Dominicana es el Ministerio de Salud Pública (MSP), el cual se encarga, fundamentalmente, de dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias abocadas a la producción de la salud, de acuerdo al artículo 8 de Ley General de Salud No. 42-01 (2001). En consonancia con lo anterior y siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en enero de 2020 el MSP instruyó a la población en general y a estamentos oficiales y privados sobre las medidas a ser tomadas. Las mismas buscaban reducir la posibilidad de que el coronavirus SARS-CoV-2 ingresara al territorio dominicano y minimizar el impacto a la salud pública, en caso de que así sucediera (MSP, 2020a).

Entre las recomendaciones ofrecidas, se subrayaba la importancia de que la población se mantuviera informada sobre la situación de la infección a nivel mundial y de que siguiera las pautas del MSP y de la OPS/OMS. Además, se invitaba a las autoridades responsables de los puntos de entrada, a reportar al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica sobre la detección o no de personas con sintomatología compatible con las definiciones ofrecidas. De igual manera, se animaba a la gerencia de empresas que organizan eventos internacionales y a instalaciones que ofrecen hospedaje temporal a viajeros internacionales, a difundir mensajes sobre las precauciones a tomar para la prevención y a notificar oportunamente la identificación de personas con síntomas que pudieran indicar la presencia del virus.

El MSP instruyó así mismo, al Servicio Nacional de Salud (SNS), entidad responsable de asegurar la efectividad técnica, administrativa y financiera de los servicios regionales de salud (Servicio Regional de Salud Este, s.f.), a capacitar al personal de salud sobre el abordaje apropiado de las personas afectadas, así como sobre las medidas de prevención y control de infecciones en el manejo de todos los pacientes. Dicha medida que debía ser seguida por los proveedores de salud privados y las organizaciones sin fines de lucro y de sanidad policial y militar, y, asimismo, debía ser reforzada por la participación de las sociedades científicas, gremios y colegios de profesionales de la salud y de las instituciones educativas (MSP, 2020a).

Una de las iniciativas ejecutadas para estos fines fue el programa “Capacitación basada en Simulación en Control de Infecciones: Simulacro de un brote epidemiológico”, llevado a cabo en una alianza entre el MSP, el SNS y la universidad privada Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) (Lara, comunicación personal del 12 de junio de 2020). Esta actividad formativa incluía un componente de salud mental, además de los aspectos técnicos referidos a la vigilancia epidemiológica y al manejo clínico de personas afectadas, por ejemplo.

La alta transmisibilidad del virus, lo incierto de su tratamiento, así como el impacto de las medidas que tendrían que ser impuestas para su contención, alertaron a las referidas autoridades sobre la necesidad de preparar una respuesta ante una situación de potencial emergencia sanitaria (Li W, 2020). De ahí que se buscara brindar, a los equipos de respuesta, directrices prácticas que les permitieran ofrecer apoyo psicosocial a las personas y comunidades afectadas.

El MSP, a través del Departamento de Salud Mental de dicha dependencia, además, revisó el Protocolo práctico de apoyo psicosocial en situaciones de desastres, con la intención de que el personal de primera línea de respuesta pudiera contribuir activamente a la prevención de morbilidad psiquiátrica y la mortalidad de las personas afectadas. Otros documentos se sumaron a la serie de apoyo psicosocial en emergencia y desastres elaborados por el MSP, con la colaboración de OPS/OMS: “Salud mental en situaciones de epidemias”, “Protección de la salud mental de los equipos de respuesta” y “Lineamientos para la atención de personas que requieran hospitalización en salud mental en el marco de la pandemia por SARS COV-2 o COVID-19” (MSP, 2020b).

Los documentos elaborados por el MSP, dirigidos al personal que brinda atención médica hacen referencia por lo general, a aspectos relacionados a la salud mental, compatibles con una visión integral del abordaje a las personas afectadas. Por ejemplo, se les recomienda a pediatras y al personal de salud que atiende a niños valorar la necesidad de apoyo emocional para los usuarios, sin embargo, no se indica de manera específica qué hacer y cómo (MSP, 2020c). El documento titulado “Directrices para prevención y manejo de

enfermedad respiratoria por coronavirus (COVID-19) en embarazadas y recién nacidos” brinda orientaciones que invitan al personal a prestar atención a posibles problemáticas relacionadas con la pandemia y el aislamiento, como son la ansiedad, el estrés y las situaciones de violencia de género e intrafamiliar, lo cual muestra la asunción de una visión integral del abordaje propuesto (MSP, 2020d).

Pese a que el MSP aseguraba que la media de edad entre los fallecidos es de 65 años en el rango etario de 53 a 76 años, en las “Directrices para prevención y manejo de enfermedad respiratoria por coronavirus (COVID-19) en hogares de adultos mayores, no se hizo referencia a la importancia de ofrecer contención emocional para esta población” (MSP, 2020e).

De acuerdo a las recomendaciones de la OPS/OMS, los participantes de este programa de capacitación fueron preparados para la administración de la primera ayuda psicológica (PAP), ya que esta modalidad de intervención se considera una alternativa oportuna y efectiva para la atención de personas expuestas a situaciones potencialmente traumáticas (OMS, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional, 2012). Este programa se desarrolló en la fase pre-epidémica y se detuvo a partir de la declaración del estado de emergencia, hecha en fecha 19 de marzo de 2020, de acuerdo a información proveída por el personal del MSP.

El estado de excepción impuesto en República Dominicana, supuso restricciones a las libertades de tránsito, asociación; el cierre temporal de empresas, comercios y centros educativos, así como de espacios de diversión, tal como lo declaró la Resolución 62-20 del Congreso Nacional (Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo, s. f.) La declaratoria se realizó después de que el MSP reportara la primera persona diagnosticada con enfermedad producida por el SRAS-CoV-2 en el país, información dada a conocer el primero de marzo del mismo año, de acuerdo al portal institucional; y luego de que la OMS declarara como pandemia el brote, en fecha 11 de marzo (OMS, 2020).

Esta situación sanitaria se inicia en el marco de una crisis inédita en la historia de la República Dominicana: la suspensión de las elecciones municipales, las cuales habían sido pautadas para el 16 de febrero, debido

a irregularidades técnicas (OEA, s. f.). De acuerdo a Medina (2020), las diversas manifestaciones que se realizaron en protesta por la suspensión de los comicios, pudo haber contribuido en la transmisión del virus. Las elecciones municipales se realizaron con una tasa de abstención del 51 % el 15 de marzo del mismo año.

La Junta Central Electoral, organismo responsable de la organización de las elecciones en el país tomó la decisión de posponer para el 5 de julio de 2020 los comicios congresuales y presidenciales, que antes habían estado pautados para el 17 de mayo, debido a la emergencia sanitaria (Castellanos, 2020). Hasta el 13 de abril, cuando se hizo pública esta decisión, el MSP había comunicado que en la República Dominicana se habían reportado 3,286 personas infectadas de COVID-19 y 183 fallecimientos, con una letalidad del 5,6 %.

Mientras se enfocaban los esfuerzos para contener el virus, otras situaciones de orden psicosocial alcanzaron niveles preocupantes. El 10 de abril del 2020 la MSP emitió una alerta epidemiológica por 8 hospitalizaciones y 11 muertes relacionadas al consumo de bebidas alcohólicas de fabricación artesanal (clerén). Al 23 de mayo del mismo año, los fallecidos sumaban 322 (MSP, 2020f). El MSP lanzó una campaña de comunicación y advirtió sobre los posibles daños asociados a la ingesta de estas bebidas, medida acompañada de la identificación y persecución de los fabricantes con el apoyo de la Procuraduría General de la República (Procuraduría General de la República Dominicana, 2020a, 2020b, Rosario, 2020). De su lado, el Colegio Dominicano de Psicólogos, invitó a contrarrestar este fenómeno desde la facilitación de la atención médica-hospitalaria a las personas afectadas por trastornos por dependencia al alcohol, tarea pendiente en el sistema de salud dominicano (Vargas, s.f.)

Al 12 de junio del 2020, el estado de emergencia se había prorrogado en cinco ocasiones, generando importantes confrontaciones entre el oficialismo y los partidos de oposición. Estos últimos aseguraban que el mantenimiento de las medidas buscaba beneficiar al candidato del partido de gobierno (Agencia EFE, 2020), pudiendo esto generar escepticismo y falta de cumplimiento de las recomendaciones emitidas por los organismos estatales para la disminución del contagio. La apertura paulatina de los comercios y la disminución del toque de queda y otras disposiciones de la desescalada propuesta por la Comisión de Alto Nivel

para la Prevención y el Control del Coronavirus en los primeros días de mayo (Presidencia de la República Dominicana, 2020a) pudieron haber cooperado, también, con la relajación de las medidas personales de prevención.

Hasta el 9 de junio de ese mismo año, la República Dominicana se mantenía en el período epidémico de acuerdo a la normativa de la OPS/OMS, se reportaron 20,808 personas afectadas con el virus, con una media de edad de 39 años y 54,52 % de los afectados fueron hombres. Unas 2,609 personas se encontraban en aislamiento hospitalario, mientras que 5,331 estaban cumpliendo el régimen de aislamiento en sus hogares. Unas 117 personas permanecían en las unidades de cuidados intensivos, menos del 50 % de la capacidad. Las personas que se habían recuperado de la COVID-19 sumaban 12,318, mientras que los fallecidos ascendían a 550. Se determinó que la letalidad era de 2.64 % (MSP, 2020g). De acuerdo a la proyección de la Oficina Nacional de Estadísticas (Oficina Nacional de Estadística, s.f.), la población del país ascendía a 10,535,535 habitantes.

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PSICOLOGÍA EN INSTITUCIONES DE SALUD Y OTRAS RESPUESTAS.

De acuerdo al MSP, los servicios de salud mental se ofrecen en base a un modelo comunitario, que hace de la atención en los establecimientos de atención primaria su eje central. El segundo nivel se encuentra integrado por los servicios ambulatorios descentralizados, los cuales se distribuyen en diferentes unidades del sistema, y las unidades de salud mental/intervención en crisis de los hospitales generales, para atender a las personas que requieran hospitalización psiquiátrica de corta estadía. Los servicios de salud mental se encuentran presentes, también, en los centros especializados de atención a la salud.

Se ofrecen, además, servicios dirigidos a la rehabilitación psicosocial, la cual es brindada en los hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial ambulatoria y dispositivos residenciales para personas con

trastornos mentales graves para la inserción comunitaria, que incluyen iniciativas privadas y de organizaciones sin fines de lucro.

Durante el período epidémico, los servicios de salud mental fueron afectados, en especial los provistos por el personal de Psicología. Las medidas preventivas puestas en acción implicaron dejar fuera del servicio presencial a los trabajadores mayores de 60 años y a quienes reportaron condiciones de salud asociadas a la comorbilidad con el virus. Así mismo, los centros que no presentaban las condiciones físicas adecuadas para el respeto de las medidas de seguridad, como las dimensiones de los consultorios, también dejaron de ofrecer servicios. Otros centros fueron usados como espacios para recibir a las personas afectadas por el virus. La atención a las emergencias por trastornos mentales se mantuvo.

El MSP desarrolló, a su vez, la plataforma Aurora MSP, destinada a ofrecer información actualizada sobre el coronavirus y su abordaje. Este canal de comunicación permitió el contacto con más de 200 profesionales de la salud, mediante mensajes de texto, voz y video-llamada (Wisky, 2020).

Para garantizar la atención a las personas afectadas por la COVID-19 y a sus familiares, el MSP y el SNS conformaron un equipo de profesionales de la Psicología y la Psiquiatría, que, en calidad de voluntarios estuvieron proveyendo atención, basándose en la estrategia de PAP. Esta iniciativa se llevó a cabo en alianza con la OPS/OMS, el Colegio Dominicano de Psicólogos (CODOPSI) y la Sociedad Dominicana de Psiquiatría (SDP) y el apoyo de otras instituciones como la Asociación Dominicana de Profesionales de la Psicología (ASODOPSI) y la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Se estructuró un modelo de tele-asistencia, provisto por profesionales voluntarios, empleados del SNS, así como trabajadores independientes.

De su lado, miembros del equipo técnico del Departamento de Salud Mental del MSP apoyó el centro de llamadas del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud (COE-Salud), organismo encargado de la respuesta de emergencia en salud pública y desastres.

Algunas instituciones, como, el Centro de Rehabilitación Psicosocial y Desarrollo Humano (Presidencia de la República Dominicana, 2020b) y el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogart Díaz” articularon una plataforma de atención en línea que garantizó el contacto con los usuarios de los servicios de salud mental (Listín Diario, 2020).

Fue notoria la amplia oferta de charlas y conferencias para la población general, que fueron organizadas por instituciones y profesionales independientes, las cuales versaron sobre temas relativos al manejo de la ansiedad, el estrés, la depresión y el duelo; así como la adecuada administración de la disciplina, para la prevención situaciones de maltrato infantil. Una amplia gama de redes sociales y plataformas virtuales se usaron para estos fines.

Otras iniciativas de tele-asistencia se sumaron, como las de la Universidad Católica Santo Domingo (UCSD) y Universidad Iberoamericana (UNIBE) y la Universidad Nacional Evangélica (UNEV). En este sentido, otras casas de estudio estructuraron una plataforma de asistencia para su comunidad universitaria, como el caso de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) y el INTEC. El aporte de estas instituciones también se materializó en el apoyo a investigaciones nacionales e internacionales sobre temas relacionados a la pandemia, como el estudio sobre el Comportamiento de salud y respuestas traumáticas durante el brote de la COVID-19 en República Dominicana, auspiciado por UNIBE, y la investigación sobre el Impacto del confinamiento de la COVID-19 sobre el bienestar psicológico, consumo de drogas y uso de Internet, a cargo de la UNPHU y en alianza con la Universidad Internacional de Valencia (España), la Universidad de Vigo (España), la Universidad de Santiago de Compostela (España), la Universidad Católica Luis Amigó (Colombia), la Universidad Politécnica Salesiana (Ecuador), la Universidad Continental (Perú), el Colegio de Psicólogos del Estado de Nuevo León (México), la Asociación Toxicológica Argentina (Argentina) y el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo-Grupo ÉVICT (España) (Acra, comunicación personal, 7 de mayo de 2020).

El CODOPSI, ante la creciente oferta de líneas de ayuda, emitió unas recomendaciones para los profesionales voluntarios de las mismas, con el objetivo de asegurar un adecuado servicio a la población. Dichas

recomendaciones subrayaban el respeto a las normas éticas de este organismo y la adecuada sistematización de los datos obtenidos en las intervenciones (Diario Salud, 2020a). El CODOPSI animaba a la formación del personal voluntario, iniciativa acogida de manera especial por la ASODPSI, organismo que organizó espacios formativos diversos para los profesionales de la salud mental, los cuales se ofrecieron en su mayoría de manera gratuita.

Considerando que, tal como afirma el Observatorio de Igualdad de Género (s.f.), la República Dominicana fue el país que ocupó el cuarto lugar con la mayor tasa de feminicidios en América Latina (1,9), y tomando en cuenta los estresores del momento, en los medios de comunicación y en redes sociales se promocionaron las líneas de ayuda ya vigentes para atender a las mujeres afectadas por la violencia de género y la violencia intrafamiliar, como la Línea Vida y la Línea Mujer del Ministerio de la Mujer. Se verificó una disminución de las llamadas recibidas a esta última dependencia (de 31 a 24 llamadas en promedio) en el periodo comprendido entre el 17 de marzo y el 17 de mayo. La ministra de la Mujer, Janet Camilo, explicó que, en el confinamiento impuesto, muchas mujeres agredidas podrían tener dificultad para solicitar ayuda, debido a la vigilancia constante de los agresores, la falta de privacidad y los espacios reducidos en donde viven (Ministerio de la Mujer, s.f.).

Otra población de riesgo considerada fueron los niños, niñas y adolescentes. Para estos se creó la línea de apoyo “Contigo”, con el auspicio de UNICEF y el apoyo del CODOPSI. Un equipo de profesionales de la salud mental estuvo brindando apoyo emocional para este sector poblacional, considerando los potenciales efectos negativos del confinamiento, producto de la pandemia del coronavirus (Línea familiar de apoyo, s.f.).

Toda esta oferta asistencial pudo haber aminorado el efecto del cierre de centros de atención privados de manera presencial y la disminución de la respuesta de salud mental en el área gubernamental. La reducción de personal y el uso de estos hospitales públicos para la respuesta a la COVID-19, limitó el número de camas disponibles, como fue el caso de las Unidades de Atención en Crisis para la atención de personas afectadas por trastornos mentales graves y otras crisis. Por otro lado, la asistencia psicológica a los pacientes que debieron ser internados en estos centros pareció no estar sistematizada y estructurada de manera formal.

IMPACTO PSICOLÓGICO EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

De los tres grupos poblacionales identificados en China, siguiendo la morbilidad psicológica durante y después de la COVID-19, el personal y profesionales de la salud encabezan la lista (Duan, 2020; Jianbo et al, 2020, Li Z., 2020). Esta situación se vio afectada, además, por la falta de equipos de protección personal y de pruebas para la oportuna detección del virus, así como por la crisis en la atención institucional a las personas afectadas. Lo anterior puso en relieve las condiciones de desigualdad, no solo social y económica sino del propio sistema de salud.

En el boletín especial no. 83 del MSP emitido el 9 de junio (MSP, 2020g) se reportaron 182 trabajadores de la salud positivos a la COVID-19, de los cuáles el 65,38 % (119) correspondieron al sexo femenino. Determinantes de género son importantes a tomar en cuenta en tanto las mujeres tienen un papel predominante como cuidadoras en las familias y como trabajadoras en la primera línea en salud.

Las evidencias afirman que el desborde del sistema de salud refleja un impacto psicológico en este personal en tanto se encuentran alejados de sus familias bajo el costo emocional que esto conlleva, el temor de contraer la enfermedad, propagarla entre sus familiares y cercanos, el posible estigma y discriminación, la auto-exigencia ante la sobredemanda de la pandemia, el volumen de trabajo, la exposición a situaciones dramáticas y frente a decisiones difíciles, adicionando el cansancio tanto físico como psíquico, lo que profundiza su vulnerabilidad (Piña-Ferrer, 2020).

Tomando como base todas estas consideraciones, el Departamento de Salud Mental conformó grupos de trabajo para la tele asistencia que incluyó subgrupos prioritarios de atención dirigidos a recursos humanos de salud específicos, entre los que se encontraron:

- Colaboradores de la Dirección General de Epidemiología.

- Colaboradores y directivos del Ministerio de Salud.

-
- Colaboradores del Laboratorio Nacional.

-
- Colaboradores de Centro de Operación de Emergencia- Salud.

-
- Colaboradores de Direcciones Provinciales de Salud/Direcciones de Áreas de Salud.

-
- Colaboradores del 911.

-
- Colaboradores del Servicio Nacional de Salud.

En un informe presentado por este Departamento a la Secretaría Ejecutiva COMISCA-SICA, haciendo un corte del 25 de marzo al 10 de junio del 2020, del total de intervenciones realizadas a través de la atención tele-asistida, el 26 % correspondió a personal de salud. Aunque los eventos frecuentes mostrados no fueron desagregados por tipo de población es importante señalar que de las condiciones de salud mental más frecuentes por las cuales se solicitó ayuda psicológica y psiquiátrica fueron: ansiedad (40 %), trastornos del sueño (25 %) y depresión (16 %). Se resalta igualmente que en una intervención se podían identificar más de una condición a la vez.

Existen estudios empíricos que han analizado el impacto de las emergencias causadas por epidemias en los profesionales de la salud y establecen especial énfasis en sus efectos a largo plazo (Xiao, 2020), asegurando cómo las mismas generan un impacto negativo causado por estrés crónico, el desgaste y el estrés post-traumático. Otros determinantes estudiados incluyen factores sociodemográficos y sociales que favorecen riesgos de sufrir problemas de salud mental, incluyendo ser mujer, falta de apoyo social y no haber recibido capacitación especializada para abordar este tipo de situaciones. Se señala, adicionalmente, el bajo nivel de evidencia científica respecto a las intervenciones para proteger la salud mental de los profesionales de la salud.

FAMILIAS Y PERSONAS AFECTADAS: MANEJO DE DUELO POR PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO

Los datos emitidos al 9 de junio por el MSP dan cuenta de 550 defunciones por COVID-19 en el país, la media de edad de los fallecidos fue de 65 años, con un rango intercuartílico (53-76 años), el 70 % (385) fueron hombres. A pesar de disponerse de un espacio de tele- asistencia especial para dar apoyo a esta población, a la fecha no se disponían de datos desagregados que permitieran visibilizar el alcance de intervención individual de estos casos, ya que fueron registrados en la recolección de información dentro del renglón de población general.

A nivel gubernamental se puso en disposición un documento que asegura el manejo de cadáveres y sus correspondientes normativas. Las “Directrices para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por COVID-19”, tienen el objetivo de disminuir riesgos por principios de precaución, integrando disposiciones y medidas estrictas para las familias no sólo por el riesgo de infección sino también para reglamentar el número de personas permitidas en cementerios y procesos propios en caso de muertes en el hogar (MSP, 2020h). Estas normas, a su vez, alteraron los ritos funerarios habituales para las familias en el país, como el acompañamiento en las funerarias o las visitas a las casas de los deudos.

Para garantizar el apoyo emocional a través de la tele asistencia en estos casos se habilitó una línea de apoyo especial para personas y familias, por lo que la atención individual estuvo disponible a través de especialistas en duelo, crisis y trauma. La atención en esta área también fue diversificada compartiendo informaciones a través de redes sociales, entre otras vías electrónicas.

La difusión de información a través de expertos también incluyó recomendaciones como la realización de memorial íntimo, involucrando los miembros de las familias y, la expresión de sentimientos y alentando el respeto individual (Acento, 2020; Ortiz, 2020). Se valoró el uso de herramientas tecnológicas y redes sociales que permitieran la comunicación entre parientes adaptando las necesidades según la realidad del momento.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN LA INTEGRACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LA ASISTENCIA SANITARIA.

El impacto en la aplicación de las medidas referidas a salud mental en esta primera fase de epidemia no ha sido evaluado de manera exhaustiva hasta el momento; sin embargo, el recorrido de las acciones permiten valorar iniciativas que han podido facilitar respuestas mínimas coordinadas así como retos o debilidades generados por la pandemia y otros que subyacen en el país en términos económicos, políticos y sociales así como aspectos estructurales de servicio y respuesta a emergencias desde la salud mental.

Las fortalezas identificadas a continuación tienen como base el recurso humano y parten de la evidencia contenida en los grupos de respuesta organizados, la vivencia construida desde el voluntariado y los aspectos más relevantes analizados a lo largo de este documento.

FORTALEZAS IDENTIFICADAS:

LIDERAZGO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL MSP EN LA COORDINACIÓN DE LA ARTICULACIÓN EN LA RESPUESTA DE SALUD MENTAL A LA COVID-19

La respuesta del Departamento de Salud Mental en la facilitación del proceso de articulación para la respuesta a la COVID-19, resultó clave en las primeras etapas de la respuesta a la epidemia en la República Dominicana. Cuatro documentos técnicos fueron revisados y colocados a la disposición del público especializado y se crearon más de cinco grupos de apoyo en tele-asistencia y de WhatsApp. Así mismo, se suministraron instructivos para voluntarios y guías de intervención, que paulatinamente fueron facilitándose a los especialistas.

Se logró articular con la sociedad civil, incluyendo gremios, profesionales independientes y Universidades, generando una red de voluntarios para la atención. Este trabajo fue elogiado por el Ministro de Salud en

una de sus alocuciones en los boletines epidemiológicos que se emitían diariamente, y cuyo reconocimiento no sólo recae en los profesionales sino en el ejercicio mismo de la salud mental en el país. Otra muestra de este paulatino rescate del tema es el hecho de que el apoyo psicosocial sea parte del “Plan de contingencia ante enfermedad por coronavirus (COVID-19)” desarrollado por el MSP, con el apoyo de la OPS/OMS. En el mismo se plantea que, una vez sea declarado el periodo post-epidémico, se mantengan los servicios a las familias afectadas que así lo requieran (MSP, 2020i)

INCORPORACIÓN DE GREMIOS Y GRUPOS ESPECIALIZADOS A LA RESPUESTA

La incorporación de organizaciones gremiales en esta respuesta fue clave, ya que permitió el respaldo de la sociedad civil y la coordinación interinstitucional. Organizaciones tales como el CODOPSI, la SDP, la ASODOPSI, así como otros grupos especializados fue decisiva. La integración tanto en la atención como en la difusión de mensajes de prevención y PAP, representó un hito en la historia de la salud mental en la República Dominicana, ya que ninguna otra situación tanto social como de salud había suscitado el nivel de integración de gremios como lo visto ante la COVID-19.

Esta coordinación representó una oportunidad excepcional, que tendría importancia mayúscula para el mantenimiento de acciones que favorezcan la recuperación social en la fase post-pandémica y que sirvan de referencia local para respuesta a situaciones de emergencia.

DISPOSICIÓN DE PROFESIONALES PARA PRESTAR SERVICIOS VOLUNTARIOS EN LAS LÍNEAS DE AYUDA O TELE- ASISTENCIA

Adicionalmente a la integración de gremios, se destaca la incorporación de profesionales de la salud mental independientes a la respuesta a la COVID-19 a través de grupos especializados de tele-asistencia.

El Departamento de Salud Mental reportó que más de 600 psicólogos y cerca de 70 psiquiatras formaron parte de la respuesta inicial a la epidemia de manera voluntaria (Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, 2020). Se resalta no sólo el tiempo dedicado para prestar sus servicios de manera individual, sino también a nivel grupal, de forma que se proveyó espacios fijos a las comunidades y personas que necesitaran información sobre afrontamiento emocional, especialmente en temas de duelo a través de las redes sociales y plataformas virtuales. Resulta clave la sistematización de estas intervenciones para dimensionar el alcance y valorar las brechas de necesidades en las próximas fases, tomando en cuenta un enfoque centrado en las vulnerabilidades de los diversos grupos poblacionales.

La amplia colaboración permitió que ofrecieran servicios inclusivos, por ejemplo, para personas con discapacidad auditiva y hablantes del creole, tal como sucediera en la línea de ayuda liderada por la UASD y el CODOPSI.

RETOS IDENTIFICADOS

Las debilidades identificadas tienen como objetivo aportar en la reorganización del enfoque en promoción, prevención, atención y abogacía, tomando en cuenta los aprendizajes de esta primera fase de intervención. Si bien es cierto que se cuenta con una base social disponible para revisar y organizar esta respuesta, factores políticos y sociales del país serán parte de los retos en la post-pandemia. Situaciones tales como, las elecciones presidenciales, disponibilidad de recursos ante una fase de transición gubernamental, la crisis económica producto del impacto de la pandemia, entre otros aspectos de salud, serán elementos cruciales a enfrentar.

Es de vital importancia revisar y ajustar aspectos relativos a normativas vigentes que regulan la práctica de la tele-medicina, así como a la oferta de capacitación para garantizar la calidad de las intervenciones.

Igualmente, es importante fortalecer la cobertura temporal de servicios especiales en tiempos de COVID-19, abogar por la disposición de recursos para orientar programas especiales a la población y para esto, lograr la sistematización de lo aprendido de forma que permita la aplicación de estrategias basadas en evidencia.

FALTA DE NORMATIVA PARA LA PRÁCTICA DE TELE-ASISTENCIA

La forma sorpresiva en la que la COVID-19 fue esparciéndose exigió nuevas maneras de interacción y esto implicó hacer cambios en la forma en la que estaban organizados algunos servicios presenciales, pasando a ser ofertados a nivel de la tele-asistencia o tele-medicina. En el caso de la salud mental, estudios indican que este tipo de innovación sigue representando un desafío para poblaciones vulnerables que sufren trastorno mental grave (Ojha, 2020) y que muchas veces carecen de apoyo sostenido familiar, generando cierta disparidad de atención entre poblaciones. Adicional a las limitaciones propias de la intervención, incluyendo aspectos de conectividad y acceso a herramientas en la gran población, se encuentra una brecha importante a ser cubierta, la regularización de esta práctica.

A la fecha, el MSPAS (2020) dispone de las herramientas para la habilitación de centros de tele-medicina; sin embargo, dicha habilitación es considerada por algunos grupos profesionales como restrictiva, ya que la misma sólo incluye la tele-consulta y la actividad docente, además exponen que otra de sus debilidades es que habilita al establecimiento de salud, pero no al proveedor.

Cuando se escribe, se trabaja en una propuesta que pueda llenar estas brechas identificadas, especialmente se aboga para que dicha regulación pueda ventilarse aprovechando el contexto de salud actual. El reto estará en que también los profesionales de salud mental puedan incorporarse a estas discusiones que permitan alinear las necesidades, tomando en cuenta el impacto y las lecciones aprendidas en base a los retos en salud mental.

LIMITACIONES DE CONECTIVIDAD PARA LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS USUARIOS Y RECURSOS DISPONIBLES

La participación voluntaria de los profesionales de la salud mental a la respuesta a la COVID-19 desde la tele-asistencia, presentó limitaciones que interfirieron con el desempeño de su accionar. El uso de sus propios recursos para sostener esta asistencia, incluyendo sus teléfonos, minutos y datos es evidencia del riesgo latente para una efectiva atención. Desde el sector gubernamental el mal equipamiento tecnológico, la pobre asignación de recursos y la baja preparación para responder ante situaciones de emergencia, pusieron nueva vez de manifiesto limitaciones en el “antes” y “durante”, que resultan ser cruciales en la gestión de riesgo. Se agregan las dificultades de conexión de las personas a ser atendidas, y en muchos de los casos, la limitada capacidad adquisitiva y de conocimiento para el uso de dispositivos y herramientas tecnológicas que se fueron incorporando gradualmente, esto último para ambas poblaciones.

Se hace necesario mejorar la capacidad de abordaje para poblaciones vulnerables como es el caso de usuarios con trastornos mentales graves, mujeres y familias que sobreviven a la violencia y al abuso de drogas y alcohol, cuya situación de vida les coloca en mayor riesgo.

LIMITADO APOYO EMOCIONAL A EQUIPOS DE TELE-ASISTENCIA

Los equipos de tele-asistencia recibieron un limitado seguimiento emocional individual. Pocos reportes de actividades de cuidado al cuidador fueron evidenciados de manera informal, con excepción de los siguientes: un grupo de tele-asistencia coordinado con la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) rotaba la participación de los profesionales y puso en marcha la realización de actividades de cuidado al cuidador; se conoce de otro grupo que realizaba reuniones cada quince días en el que abordaban temas vinculados a las problemáticas presentadas y servía de intercambio de sentimientos sobre la experiencia que se llevaba a cabo.

La supervisión de esta tele-asistencia debe incorporar esta práctica a las personas que estén asistiendo, ya que los altos picos de demandas exigen tiempos extras en la atención, resultando crucial gestionar una cultura del cuidado (MSPAS, s.f., Diario de salud, 2020b).

CAPACITACIÓN INSUFICIENTE SOBRE LA PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA POR PARTE DE PROFESIONALES

La capacitación a profesionales en temas de crisis, trauma, primeros auxilios psicológicos entre otras, debe ser una meta de las autoridades y gremios profesionales. En la primera fase de intervención uno de los temas más abordados y demandados por los profesionales estuvo relacionado con estas informaciones en la búsqueda de superar las brechas generadas por el desborde de la población.

El abordaje en contextos de emergencia requiere unas destrezas particulares que no siempre son abordadas en las universidades, ni en cursos especializados de educación continua. La actualización en cuanto a enfoques y técnicas es una tarea pendiente.

Este diálogo con herramientas y estrategias acorde a contextos de crisis, tanto de salud como de eventos naturales, resultan ser fundamentales para los profesionales de salud mental, ya que permitirían generar planes de intervención, considerando, principalmente, la vulnerabilidad sísmica y climatológica del territorio dominicano.

LIMITACIONES DE SERVICIO PRESENCIAL PARA PERSONAS QUE REQUERÍAN MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA

Para el año 2019, la República Dominicana tenía en funcionamiento quince unidades de intervención en crisis (UIC) para adultos y una para menores y adolescentes, con un total de 113 camas psiquiátricas para

hospitalización breve. Estas unidades se encontraban ubicadas, en su mayoría, en la ciudad de Santo Domingo, capital del país (MSP, 2019). Los hospitales que ofrecían estos servicios se convirtieron en centros de atención COVID-19, demandando el uso de las camas disponibles para otros fines, lo cual generó una baja en la capacidad de respuesta. Más del 60 % de la disponibilidad estuvo afectada por la pandemia, reflejándose una operatividad de sólo 46 camas disponibles, tan sólo 8 UIC en funcionamiento, manteniéndose cerradas 7 de los principales hospitales de referencia para estas atenciones, como fueron: el Hospital Dr. Salvador B. Gautier, Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, Hospital Infantil Santo Socorro, Hospital Docente Universitario Ricardo Limardo, Hospital Regional Dr. Luis Morillo King. y Hospital Provincial de Monte Plata Dr. Ángel Contreras Mejía (Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, 2020)

Esto implicó una vulnerabilidad mayor para aquellos usuarios con condición de salud mental grave que no tiene acceso a tele-asistencia; la inexistencia de una red de articulación que sirva de enlace para situaciones de crisis, por ejemplo, entre el Ministerio, las sociedades especializadas, sociedad civil y las comunidades. Hasta el momento no se cuenta con una sistematización de esta situación, pero la misma resulta de vital importancia para garantizar el respeto de los derechos humanos de las personas afectadas y sus familias.

AUSENCIA DE PLATAFORMA ADECUADA PARA LA RECOGIDA Y SISTEMATIZACIÓN DE LOS DATOS GENERADOS POR LAS LÍNEAS DE AYUDA.

La recolección de datos es fundamental en problemáticas de salud, lo que permite la toma de decisiones, desarrollo de estrategias y planteamiento a futuro de políticas públicas favorables a la población. A pesar de contar con información cuantitativa, un elemento a rescatar es que la misma no se levantó a través de una plataforma adecuada que permitiera la recogida y el análisis robusto de los datos clínicos generados.

El Departamento de Salud Mental del MSP levantó informaciones de personas atendidas y situaciones más frecuentes reportadas, lo que permitió tener una fotografía de dicha demanda; sin embargo, dado que la herramienta seleccionada presentaba limitaciones que dejaban por fuera la oportunidad de desagregar datos por grupos de población, incorporación de variables que permitieran conocer medidas de afrontamiento personales, aspectos de género en el proceso de afrontamiento, uso o no de medicamentos y, aspectos del entorno, no fueron rescatados ni solicitados en las guías facilitadas al persona de atención.

Todas estas situaciones representan una oportunidad perdida, en tanto informaciones como estas pudieron haber sido ajustadas en el proceso mismo de selección o no de la herramienta, o coordinar con otras entidades aliadas para dicho soporte. Resulta crucial para una nueva fase definir qué tipo de información se levanta y para qué, de forma que permita desarrollar mensajes de comunicación para cambios de comportamiento, programas de respuestas comunitarias y políticas públicas enfocadas en la salud mental.

Es importante destacar que el MSP contempló, para el periodo post-epidémico, la evaluación sistemática de la respuesta y el impacto de las acciones desarrolladas ante la epidemia de la COVID-19, labor que podría verse limitada por falta de datos sistematizados que puedan dar fe de esta integración.

CONSIDERACIONES FINALES

La pandemia producida por el coronavirus SARS-CoV-2 justificó la activación de una alerta sanitaria y la constitución de un abordaje que contempló la salud mental como eje transversal de la respuesta ofrecida por los organismos estatales y las instituciones privadas. Esto constituye un acontecimiento sin precedentes en la República Dominicana, por su magnitud y alcance. Ciertamente, hubo oportunidades para la mejora. La capacitación de los profesionales de la salud en temas relativos al abordaje de emergencias y desastres se hizo evidente, especialmente, desde el reconocimiento que el país se encuentra en la ruta de los huracanes y en un territorio sujeto a terremotos. Los servicios de salud mental deben ser garantizados

de una manera más sistemática y estructural, para facilitar la conexión entre usuarios, los proveedores y las comunidades. La automatización de la información y la implementación de elementos de la tele-medicina serían favorables. El fortalecimiento de un enfoque comunitario, despatologizante y basado en recursos y fortalezas, podría también ser oportuno.

Es necesario reconocer, no obstante, que la existencia de leyes, disposiciones, reglamentos y protocolos referentes a los temas de salud en general y en materia de salud mental, específicamente, sirvieron de base para la articulación de una respuesta pertinente, gestionada por los organismos responsables. A esto se le sumó, la solidaria colaboración de cientos de profesionales del área, que donaron su tiempo, conocimientos y esfuerzos para aminorar el impacto negativo de la situación enfrentada en la población en general y entre los servidores mismos. Las redes sociales y las nuevas tecnologías de la comunicación contribuyeron a la democratización de los servicios. La salud mental fue vista como un elemento integral, indispensable y consustancial al bienestar general de los seres humanos. La crisis parece haber dejado esto como ganancia.

REFERENCIAS

Acento. (4 de abril de 2020). Rosa Mariana Brea Franco: "Lo más recomendable es darse el permiso para vivir el duelo. Disponible en: <https://acento.com.do/actualidad/rosa-mariana-brea-franco-lo-mas-recomendable-es-darse-el-permiso-para-vivir-el-duelo-8801703.html>

Agencia EFE. (12 de junio de 2020). *República Dominicana prorroga el estado de emergencia hasta el 30 de junio*. Disponible en: <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/república-dominicana-prorroga-el-estado-de-emergencia-hasta-30-junio/20000013-4270300>

Castellanos, L. (13 de abril de 2020). *Pleno JCE pospone por emergencia sanitaria elecciones de mayo*. Disponible en: <https://jce.gob.do/Noticias/category/resoluciones/pleno-jce-pospone-por-emergencia-sanitaria-elecciones-de-mayo>

Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo (s. f.) *Resolución número 62-20: Resolución que autoriza al presidente de la República declarar el Estado de Emergencia en todo el territorio nacional de la República Dominicana*. Disponible en: <http://www.consultoria.gov.do/Documents/GetDocument?reference=7fd96a6a-2fac-49a5-818a-1d5d-c114a867>

Diario de Salud (2020a, 10 de abril). *CODOPSI emite recomendaciones para psicólogos voluntarios durante crisis por COVID-19*. *Diario de Salud*. Disponible en: <https://diariosalud.do/codopsi-emite-recomendaciones-para-psicologos-voluntarios-durante-crisis-por-COVID-19/>.

Diario de Salud. (2020b, 30 de abril). *Urge regular telemedicina como alternativa de consultas ante COVID-19*. Disponible en: <https://diariosalud.do/urge-regular-telemedicina-como-alternativa-de-consultas-ante-COVID-19/>

Duan, L.Z.G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0).

Jianbo Lai, M., Simeng Ma, M., Ying Wang, M., Zhongxiang Cai, M., Jianbo Hu, M., Ning Wei, M., Huaifen Wang, B. (2020). Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network*, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.

Ley General de Salud, No. 42-01, de 8 de marzo del 2001. (s.f.). Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/793/LeyNo.%2042-01.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

Li, W.Y.Y. (2020). Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, doi: 10.7150/ijbs.45120.

Li, Z. G. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, behavior, and immunity*, S0889-1591(20)30309-3. *Advance online publication*, disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>

Línea familiar de apoyo. (s. f.). Quiénes Somos. *Línea familiar de apoyo emocional a familias*. Disponible en: <https://lineafamiliar.do/>

Listín Diario. (2020, mayo 12). *Instituto Dermatológico ofrecerá atención psicológica gratuita por coronavirus*. Disponible en: <https://listindiario.com/la-republica/2020/05/02/615751/instituto-dermatologico-ofrecera-atencion-psicologica-gratuita-por-coronavirus>.

Medina, D. (2020). *El COVID-19 en República Dominicana: sus implicaciones psicosociales*. Disponible en: <https://issuu.com/opd-funplode/docs/el-COVID-19-y-sus-implicaciones-psicosociales>

Ministerio de la Mujer. (s. f.). *Línea Mujer *212 recibió 22.4 llamadas por día en dos meses de cuarentena*. Disponible en: <https://mujer.gob.do/index.php/noticias/item/575-linea-mujer-212-recibio-22-4-llamadas-por-dia-en-dos-meses-de-cuarentena>.

MSP/Ministerio de Salud Pública. (2019). *Plan Nacional de Salud Mental: República Dominicana 2019-2022*. Santo Domingo: MSP.

MSP/Ministerio de Salud Pública. (2020a). *Preparativos frente al riesgo de introducción del nuevo Coronavirus (2019-nCoV) al territorio dominicano–Nota técnica I*. Disponible en: https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/1592/Nota_tecnica_1_nCOV_23_01_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

MSP/Ministerio de Salud Pública. (2020b). *Lineamientos para la atención de personas que requieran hospitalización en salud mental en el marco de la pandemia por SARS COV-2 o COVID-19*. República Dominicana. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/1844>

MSP/Ministerio de Salud Pública. (2020c). *Enfermedad por coronavirus (COVID-19): Recomendaciones para pediatras y personal de salud que atiende niños y niñas*. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/1769/789945591965.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

MSP/Ministerio de Salud Pública. (2020d). *Directrices para prevención y manejo de enfermedad respiratoria por coronavirus (COVID-19) en embarazadas y recién nacidos*. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/1758/9789945621013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MSP/Ministerio de Salud Pública. (2020e). *Directrices para prevención y manejo de enfermedad respiratoria por coronavirus (COVID-19) en hogares de adultos mayores*. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/1719/DirecamayoresCOVID19.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MSP/Ministerio de Salud Pública. (2020f). *Alerta epidemiológica - Intoxicación por consumo de Clerén*. Disponible en: <https://www.msp.gob.do/web/wp-content/uploads/2020/04/Alerta-Intoxicacion-por-consumo-de-Cleren-10-Abril-2020.pdf>

MSP/Ministerio de Salud Pública. (2020g). *Boletín especial 83*. Disponible en: <https://www.msp.gob.do/web/wp-content/uploads/2020/06/Boletin-especial-83-COVID-19.pdf>

MSP/Ministerio de Salud Pública. (2020h). *Directrices para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por COVID-19 República Dominicana*. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/1754/9789945591996.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MSP/Ministerio de Salud Pública. (2020ki). *Plan de contingencia ante enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/1720/PlancontingenciaCOVID-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MSPAS/Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (s.f.). *Habilitación de Centros de Telemedicina*. Disponible en: <http://www.servicios.dominicana.gob.do/servicio.php?id=984>

Observatorio de Igualdad de Género. (s.f.). *Feminicidio*. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/feminicidio>

Oficina Nacional de Estadística. (s.f.). *Proyecciones de población*. Disponible en: <https://www.one.gob.do/demograficas/proyecciones-de-poblacion>

Ojha R.S.S. (2020). *Challenges faced by mental health providers and patients during the coronavirus 2019 pandemic due to technological barriers*. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100330>

OEA/Organización de Estados Americanos. (s.f.). *Informe preliminar de la Misión de Observación Electoral*. Disponible en: <http://www.oas.org/fpdb/press/Informe-Preliminar-MOE---FINAL.pdf>

OMS/Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional. (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf;jsessionid=498ECCBEEC7BE352613FDD788485CE4E?sequence=1

OMS/Organización Mundial de la Salud. (11 de marzo de 2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*. Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>

Ortiz, L. (23 de abril de 2020). *Cómo enfrentar la pérdida de un ser querido en tiempos de coronavirus*. Disponible en: <https://www.diariolibre.com/estilos/buena-vida/como-enfrentar-la-perdida-de-un-ser-querido-en-tiempos-de-coronavirus-HN18409691>

Piña-Ferrer, L. (2020). *El COVID-19: Impacto psicológico en los seres humanos*. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 4, 188. Doi: 10.35381/s.v.v4i7.670.

Presidencia de la República Dominicana. (2020a). *Comisión Alto Nivel detalla 4 fases del plan de reapertura*. Disponible en: <https://presidencia.gob.do/noticias/comision-alto-nivel-detalla-4-fases-del-plan-de-reapertura>

Presidencia de la República Dominicana. (2020b). *RESIDE, del Despacho de la Primera Dama, ofrece asistencia psicológica y psiquiátrica a la población a través de *462*. Disponible en: <https://presidencia.gob.do/noticias/reside-del-despacho-de-la-primera-dama-ofrece-asistencia-psicologica-y-psiquiatrica-la>

Procuraduría General de la República Dominicana. (26 de mayo de 2020). *Ministerio Público SDO desmantela laboratorio clandestino de fabricación bebidas alcohólicas conocidas como clerén y tapa floja*. Disponible en: <https://pgr.gob.do/ministerio-publico-sdo-desmantela-laboratorio-clandestino-de-fabricacion-bebidas-alcoholicas-conocidas-como-cleren-y-tapa-floja/>

Rosario, B. (8 de abril de 2020). *Salud Pública advierte sobre peligro de beber clerén*. *Hoy*. Disponible en: <https://hoy.com.do/salud-publica-advierte-sobre-peligro-de-beber-cleren/>

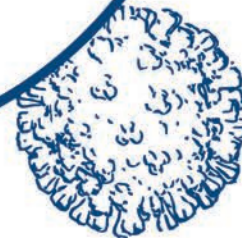
Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana. (11 de junio de 2020). *Impactos sobre la Salud Mental en el contexto de la COVID-19. Experiencias en países Andinos, de Centroamérica y República Dominicana*. Facebook. Disponible en: https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=3066282103468190&id=203124796450616

Servicio Regional de Salud Este. (s.f.). *Ley 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud SNS*: Disponible en: https://srseste.gob.do/transparencia/wpfd_file/ley-123-15-que-crea-el-servicio-nacional-de-salud-sns/

Vargas, H. (s.f.). *La clarentena*. *El Periodista*. Disponible en: <https://www.elperiodista.com.do/clarentena/>

Wisky, P. (2 de abril de 2020). *Aurora MSP: Aplicación que te pondrá en contacto con más de 200 médicos por COVID-19*. *Nuevo Diario*. Disponible en: <https://elnuevodiario.com.do/video-aurora-msp-aplicacion-que-te-pondra-en-contacto-con-mas-de-200-medicos-por-COVID-19/>.

Xiao, H.Z.Y. (2020). The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923549. Disponible en: <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>.



CAPÍTULO X

URUGUAY EN EL ENFRENTAMIENTO A LA PANDEMIA DE COVID-19

LUIS GIMÉNEZ

*Psicólogo y Profesor Agregado del Instituto de Psicología de
la Salud de la Facultad de Psicología (Universidad de la República)*

CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD Y DE LA EPIDEMIA EN EL PAÍS

Desde el año 2007 la atención en salud se organiza a través del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que incluye prestadores de salud, públicos y privados, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública (MSP) y financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Con su creación se buscó garantizar la cobertura universal de atención a la salud con calidad en las prestaciones y enfoque integral, sustentado en los principios de la Atención Primaria en Salud renovada (OPS, 2007). La salud es considerada desde entonces un derecho y un bien público que el Estado debe garantizar, articulando un conjunto diverso de organizaciones sanitarias, y a través de un sistema de financiamiento equitativo (ROU, MSP, 2009). Se orientó a desmercantilizar el acceso a la salud, promoviendo el ajuste de los servicios a las necesidades de los usuarios, y distribuyendo los costos, de forma proporcional a sus ingresos. La reforma de la salud, propuso tres ejes de cambio de modelo: de financiamiento, de gestión y de atención (Rodríguez Buño, 2014).

Pasada más de una década de su inicio, existe un amplio consenso en considerar que se ha progresado más en relación a los dos primeros ejes, que respecto al tercero. En efecto, la complejidad que supone modificar modos de accionar muy arraigados en el modelo biomédico, dificulta lograr mayores avances en la implementación de un modelo integral, no hospitalo-céntrico, más centrado en la promoción de la salud y la prevención primaria que en las intervenciones curativas y asistenciales (Giménez y Suarez, 2017). No

obstante, la orientación de los cambios se planteaba seguir insistiendo en esa dirección, proponiendo un nuevo impulso a las reformas.

Con el cambio de partido de gobierno, en el año 2020, si bien el tema salud, no estuvo en el centro del debate de la campaña electoral, se abren interrogantes respecto a lo que pueden ser las futuras orientaciones. El advenimiento de la pandemia de COVID-19, y la declaración consiguiente de emergencia sanitaria a partir del 13 de marzo y a pocos días de haber asumido el nuevo gobierno, seguramente postergó la implementación de las eventuales nuevas políticas sectoriales. Y al mismo tiempo, asignó al sector salud, un papel central que no podía avizorarse días antes. Repentinamente, las nuevas autoridades sanitarias y las estrategias desplegadas de enfrentamiento a la pandemia pasaron a ocupar un lugar privilegiado en la consideración de los actores políticos y sociales, los medios de comunicación y la opinión pública en general.

Pero antes de entrar a las consideraciones específicas relativas a la emergencia sanitaria, conviene hacer algunas anotaciones respecto a la inserción de la Psicología y de la salud mental en el sistema de salud. Históricamente, en Uruguay el desarrollo de la Psicología como profesión, estuvo (y en buena medida aún está), volcado al ámbito de la consulta privada, como práctica profesional liberal, siendo por tanto, muy poco accesible para la inmensa mayoría de la población. Ello ocurre a pesar de contar con un importante desarrollo a nivel universitario, siendo una de las carreras más numerosas, con una tasa de egresados en relación a la población muy alta (Giménez, 2016). No obstante, la disponibilidad de psicólogos universitarios no impidió la baja inserción en los servicios de salud, y por lo tanto, la existencia de enormes barreras para el ejercicio del derecho a la atención psicológica, componente ineludible de la salud, entendida en un sentido integral.

En el año 2011, se incorporan un conjunto de prestaciones psicológicas al mínimo obligatorio de los servicios integrados en el SNIS. A pesar de sus limitaciones, permite empezar a incluir intervenciones que hasta entonces sólo habían tenido lugar en algunos servicios, particularmente a nivel público (ROU, MSP, 2011).

Las limitaciones son tanto del tipo de intervenciones posibles, de su alcance, de la población priorizada y del porcentaje del costo de bolsillo adicional que supone para el usuario. El Plan posibilitó un notable incremento de la presencia de la Psicología en los servicios de salud, aunque lejos aún de poder satisfacer la creciente demanda de atención. Por otra parte, el modelo de intervención predominante, sigue en general demasiado atado a las prácticas más tradicionales. La tendencia a reproducir en el ámbito sanitario el tipo de intervención propia del consultorio privado no resulta consistente con la orientación general del cambio de modelo de atención propuesto en la reforma de la salud (Giménez y Suárez, 2017). Las prácticas de promoción y prevención en salud de la Psicología, así como las intervenciones en el primer nivel de atención se desarrollan fundamentalmente en el principal prestador público del país, que atiende al sector más vulnerable de la población.

Si la práctica de la Psicología no había tenido en el sector salud su área mayor de inserción, la salud mental tampoco había logrado tener un desarrollo pleno. Más allá de ciertos intentos por incluir otras modalidades desde finales del siglo XX, continúa predominando el modelo de atención manicomial centrado la atención en Hospitales Psiquiátricos. Y esta lógica también permea el poco desarrollo de los equipos de salud mental, ubicados en Hospitales o Centros de Salud de primer nivel especializado. La crítica al atraso evidente en el campo, condujo a la aprobación de un nuevo marco normativo, consagrando una ley que se afirma en la perspectiva de derechos, y busca alinear los abordajes en salud mental, al cambio de modelo de atención propuesto por la reforma de la salud. Dos aspectos merecen ser destacados: la apuesta a la conformación de equipos interdisciplinarios, incluyendo en ellos a psicólogos, y el impulso a los abordajes en salud comunitaria, que sustituyan a los hospitales monovalentes, estando previsto su cierre definitivo para el año 2025. (ROU, 2017). No obstante, también le fueron señalados varios cuestionamientos (De Leon y Techera, 2017) y a tres años de su aprobación, es poco lo que efectivamente se ha logrado avanzar.

A pesar de las limitaciones señaladas, el SNIS es un sistema suficientemente robusto para ofrecer una cobertura de calidad a la totalidad de la población del país donde se destaca, la formación de los equipos de salud, la calidad de los servicios y un conjunto de indicadores positivos respecto a su desempeño e impacto en

la salud poblacional. Un estudio publicado en la revista *The Lancet* (GDB, 2018), compara distintos sistemas de salud, en base a un índice que contempla un conjunto de variables que miden el acceso y la calidad de la atención médica en 195 países entre 1990 y 2016. En base al mismo, Uruguay ocupaba el lugar 68 a nivel mundial, y el 2° en Sudamérica, después de Chile.

Los primeros casos de COVID-19 en Uruguay fueron detectados a mediados de marzo de 2020 y provocaron la rápida declaración de emergencia sanitaria. Las medidas supusieron el cierre de fronteras, la interrupción de espectáculos deportivos y culturales, la suspensión de clases presenciales en todos los niveles, disminución de la actividad laboral en distintas ramas de la economía y restricciones a la movilidad. La consigna “quédate en casa” se impuso como lema, aunque en ningún momento se declaró la cuarentena obligatoria. Según el gobierno, se convocaba al uso de la “libertad responsable”, por lo que si bien se exhortaba al distanciamiento físico, no se preveían sanciones, salvo en los casos expresamente prohibidos. En acuerdo con gremiales se cierran temporariamente grandes establecimientos comerciales con excepción de aquellos destinados a asegurar el abastecimiento. En algunas ramas de la actividad de mucho impacto, como es el caso de la construcción, se llega a acuerdos con empresarios y trabajadores para detener las obras adelantando las licencias laborales. Otras áreas se ven obligadas a cerrar temporariamente ante la ausencia de público consumidor.

Las medidas preventivas ponen énfasis en la higiene y cuidado personal, el distanciamiento físico, posteriormente en el uso generalizado de tapabocas, la detección temprana de casos sospechosos, y el incremento de las dotaciones y coordinaciones entre los servicios de salud, anticipando su posible saturación. A nivel público, se define un hospital como servicio especializado para atender los casos más graves. Particularmente relevante es el desarrollo de un kit de diagnóstico por biología molecular (PCR) por parte de investigadores de la Universidad de la República y el Instituto Pasteur de Uruguay. Su aplicación permitió incrementar en ocho veces la capacidad de pesquijaje de casos, logrando autonomía en relación a la importación de insumos. Bajo supervisión del MSP, 25 los laboratorios clínicos se reconvierten y pasan a tener capacidad de diagnóstico. Junto con esto, se trabaja con una metodología de detección y rastreo

epidemiológico que permite ir identificando la red de posibles casos sospechosos y, especialmente, aislar las personas asintomáticas (Salinas, 2020).

Las estrategias de salud pública son acompañadas de una activa y decidida política comunicacional. El nuevo gobierno realiza conferencias de prensa prácticamente diarias, que son transmitidas en directo por los medios de comunicación, y especialmente por los canales de televisión privados en sus horarios de mayor audiencia. La evolución positiva de la situación epidemiológica, comparándola con la de otros países de la región, contribuye a la buena imagen del gobierno y la conformidad general con las medidas adoptadas. Las encuestas de opinión pública lo señalan, tal es el caso de la realizada por la empresa Factum, que arroja que a fin de abril un 55 % de los encuestados evaluaba como buena o muy buena la gestión del gobierno nacional para la prevención y contención del coronavirus.

De hecho, un amplio consenso político y social tiende a respaldar la estrategia sanitaria. No ha sido tanto en otras áreas donde los efectos de la emergencia sanitaria se hacen sentir rápidamente. El descenso de la actividad económica provoca que el país entre en recesión, con un significativo incremento de la desocupación y la pobreza. Un sector de la población sobrelleva la coyuntura gracias a la cobertura del seguro de desempleo, otro sector pierde sus trabajos formales y no logra reinsertarse, y sobre todo el de aquellos más vulnerables, que se desempeñaban en tareas no formalizadas, pierden de un día para el otro sus ingresos. Las respuestas del gobierno buscan mitigar estos efectos aplicando una batería de apoyos y subsidios que son calificados como insuficientes tanto por la oposición política como por el movimiento sindical. Desde la sociedad, la gente espontáneamente se organiza en ollas y merenderos populares, tratando de asistir a los más afectados. La multiplicación de situaciones dramáticas, gente que empieza a sufrir hambre, que se queda sin hogares o está en riesgo de caer en la pobreza extrema, vuelven a ser parte de un escenario cotidiano, que no se veía en el país desde hace casi 2 décadas.

De acuerdo a estimaciones de CEPAL (2020), a fin de año, el PBI mostraría un descenso de 5 puntos porcentuales. La pobreza extrema (que en años previos había alcanzado niveles históricamente muy bajos),

según el mismo informe), se triplicaría a fin de año, y la pobreza sufriría un aumento del 183 %. La situación también estará afectando la desigualdad, medida a través del índice GINI, que según el informe, se incrementaría entre un 4 y 4,9 %. Si bien los datos seguirían mostrando al país en una situación de privilegio respecto a la región, son índices que impactan y que previsiblemente, tendrán efecto sobre las condiciones de salud. Agudizando la situación, y de alguna manera, aportando evidencias a las críticas planteadas, la CEPAL ubica al país como uno de los que mayor acceso consigue a financiamiento externo para enfrentar la pandemia, pero sin embargo, se ubica último en la lista de países del continente respecto a la estimación del esfuerzo presupuestal asignado. Y ello sucede a pesar de presentar un bajo nivel de restricciones a la actividad económica, afectando presumiblemente menos la recaudación fiscal.

El gobierno a mediados de abril decide conformar un Grupo Asesor Científico Honorario (GACH) que aporta datos, reportes y recomendaciones para la toma de decisiones en las políticas de enfrenamiento a la pandemia. El prestigio y reconocimiento individual de sus integrantes, contribuye a la evaluación positiva de las estrategias. Con su asesoramiento, se van adaptando las medidas a la evolución de los datos, posibilitando una progresiva flexibilización de las medidas iniciales, sin descartar la eventualidad de requerirse un retroceso. En distintas etapas se va procesando el reintegro a las actividades presenciales, en lo comercial, laboral y educativo. En relación a las actividades sociales, culturales y religiosas, se van aprobando protocolos que posibilitan la realización de aquellas que sean consideradas compatibles con el mantenimiento de la distancia física. La postergación del reinicio de algunas actividades (especialmente los espectáculos artísticos) genera conflictos a la par que parece descender la percepción social del riesgo. Desde el gobierno, se insiste en el discurso de “no bajar los brazos”, manteniendo la vigencia de medidas preventivas e intentando tomar distancia de posturas triunfalistas. No obstante, el cultivo de la imagen del “éxito”, podría haber sugerido la idea de haber superado la etapa más riesgosa de contagio, lo que estaría asociado a un cierto “afloje” en el comportamiento de una parte de la población, observable más claramente a partir del mes de julio.

En el terreno estrictamente sanitario, los datos del observatorio del Sistema Nacional de Emergencias (SI-NAE), a la fecha del 26 de julio, dan cuenta de la aplicación desde el inicio de la emergencia de 103,003

tests, los cuales identificaron un total de 1,192 casos positivos de Coronavirus en todo el territorio nacional, de las cuales 210 están cursando la enfermedad, 5 en cuidados intensivos y ninguna en cuidados intermedios, por lo que la amplia mayoría se encuentra en sus domicilios. Hubo un total de 34 fallecidos y 948 personas recuperadas. Para una población estimada total de 3,449,299 supone una tasa de prevalencia $34,6 \times / 100,000$ habitantes y de letalidad del 2,9 % de los infectados, correspondiente a una tasa de mortalidad de $0,99 \times / 100,000$ habitantes. La distribución territorial de los casos positivos se ha concentrado en aquellos más poblados o fronterizos. De los 19 departamentos en que se divide el país, en la actualidad hay casos positivos en 12 de ellos. Del total de casos positivos 218 corresponden a personal de la salud, 64 de ellos se encuentran cursando la enfermedad, se han recuperado 152 y hubo un fallecido.

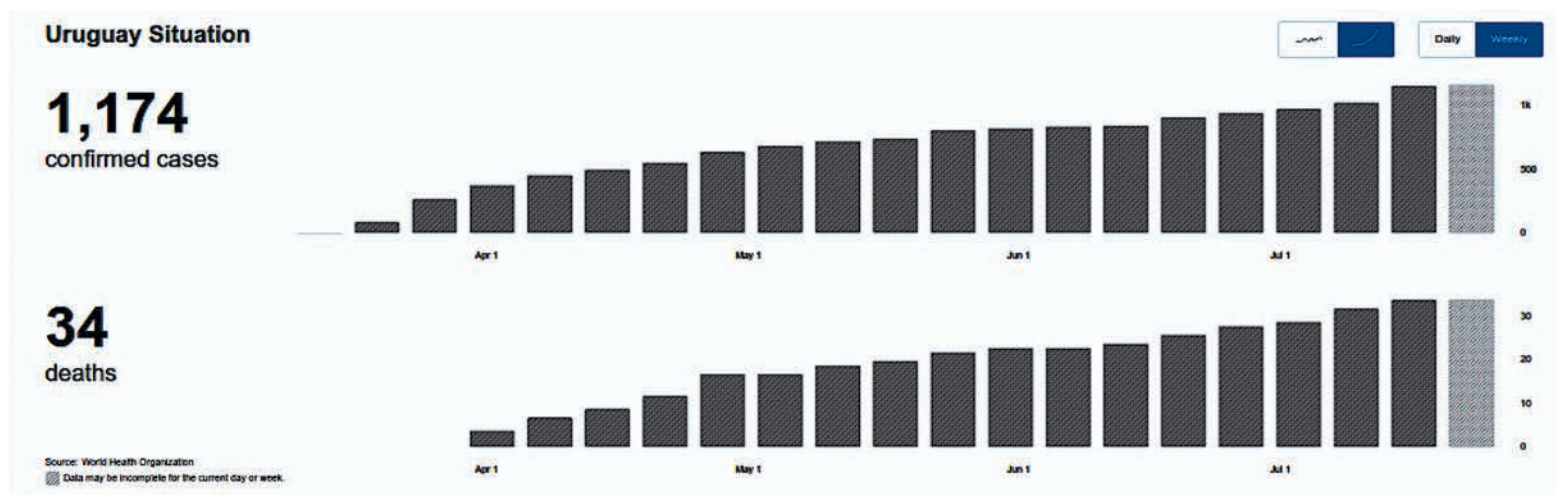
La evolución de la prevalencia acumulada muestra una curva que logró aplanarse. La aparición de casos nuevos venía expresando un descenso sostenido (con varios días sin nuevos casos identificados), hasta que con las llegadas de las jornadas más frías empezaron a reaparecer focos en distintos sitios del país. Hasta el 23 de julio, el GACH (ROU - Presidencia, 2020), informó el registro desde el inicio de la emergencia de 48 brotes, siendo 6 de ellos los más significativos. El último se encuentra en pleno curso en el momento de realizar el presente informe. Los datos manejados por el grupo muestran que más del 99,5 % de los contagios se produjo en lugares cerrados, lo cual le permite ratificar la política de uso responsable de los espacios abiertos y de extremar los cuidados para los lugares cerrados.

En particular preocupa las zonas fronterizas con Brasil, dada la grave situación por la que el mismo está atravesando. Existen varias ciudades fronterizas, (separadas por apenas una calle), en las que el intercambio social y comercial entre ambos países es cotidiano. La imposibilidad de cerrar fronteras en estos casos, contribuye al incremento de los riesgos de contagio, y se asocia a la emergencia de brotes, los que al parecer han podido ser controlados. Recientemente, han vuelto a surgir brotes en Montevideo, la capital y ciudad más poblada del país, generando alarma por haberse originado en servicios de salud. Los últimos casos positivos identificados aparecen fuertemente asociados a brotes en centros de salud, tanto en personal como en usuarios.

El gráfico 1 muestra la evolución acumulada de casos identificados desde que se declaró la emergencia sanitaria, mientras que el gráfico 2, presenta la evolución de casos nuevos. Expresan con claridad el proceso en el primer caso de una curva de contagio que pudo ser controlada. Y en el segundo, de una evolución que luego del incremento inicial, mostró un descenso, con varios brotes en el medio, y un incremento reciente, que aún no ha sido controlado. El GACH ha advertido el riesgo de una circulación comunitaria masiva del virus, para incrementar los cuidados aún necesarios por parte de la población, así como la necesidad de fortalecer los recursos asignados al área epidemiológica, para lograr complementar la capacidad de pesquisaje con un riguroso seguimiento de la trazabilidad de la acción infecciosa viral. La previsión del GACH, es que, con el retorno gradual de la actividad, la mayor movilidad y la apertura progresiva de fronteras, el escenario esperable se caracterizará por la continuidad de la aparición de brotes de COVID-19. La apuesta es a lograr su control, sin sufrir una expansión masiva que desborde los servicios de salud.

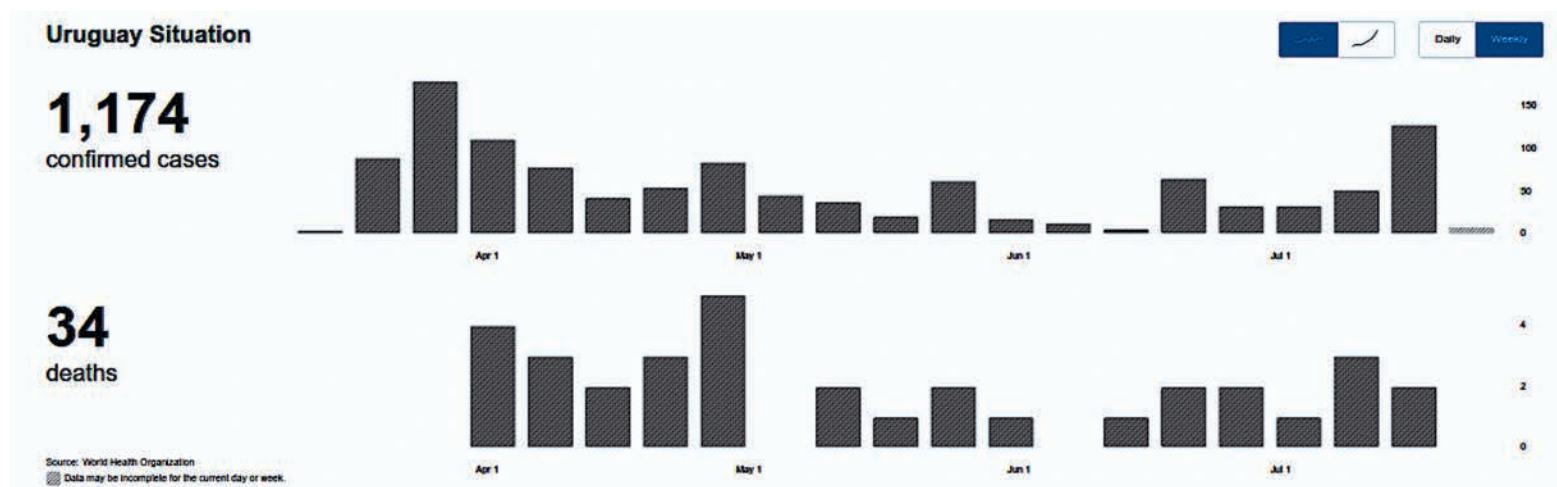
ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PSICOLOGÍA EN INSTITUCIONES DE SALUD Y OTRAS.

El SNIS define el tipo de servicios (prestaciones) que todas las organizaciones públicas y privadas están obligadas a desarrollar. Tal como se afirmaba anteriormente, a partir de 2011, se establece un Plan de Prestaciones en Salud Mental, que constituye un avance significativo respecto a la situación previa, pero que sigue constituyendo una respuesta limitada para garantizar el derecho a la atención psicológica. Incluye 3 modos de intervención, diferenciados entre sí por los tipos de abordaje, en los tres casos para adultos, adolescentes y niños. El modo 1, incluye abordajes grupales sin costo para el usuario, y en torno a problemáticas prevalentes definidas previamente. El modo 2 supone un número limitado de sesiones individuales para atender problemáticas específicas, con copago por parte del usuario. El modo 3 incluye sesiones grupales o individuales en torno a temáticas o población priorizada, por lo que en estos casos el copago es inferior al del modo 2. Dentro de la población priorizada por su carácter problematizador se encuentran los trabajadores de la educación y la salud (ROU, MSP, 2011).



Fuente: OMS:

Gráfico 1: Evolución acumulada de casos positivos y muertes (por semana 13 marzo a 26 de julio).



Fuente: OMS, 2020

Gráfico 2: Evolución de casos positivos y muertes (por semana 13 marzo a 26 julio)

Los prestadores privados integran psicólogos para el cumplimiento del Plan, y lo hacen bajo dos modalidades contractuales. Una parte de ellos forma parte del personal fijo de las organizaciones, que trabajan como asalariados en relación de dependencia. Otra parte significativa, en especial en los últimos años, ha sido la contratación externa, por la cual las organizaciones “compran” los servicios a los profesionales que operan como actores externos y en la mayor parte de los casos, trabajan físicamente fuera de las instalaciones del prestador, por lo general en sus consultorios privados. Esta diferenciación es muy relevante, para comprender los modos en que se concretan los abordajes psicológicos y las limitaciones para alinear las prácticas a las orientaciones generales del cambio de modelo de atención (Giménez, 2019).

Si bien el Plan articularía las acciones de todos los prestadores, en el caso del principal prestador del país, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), las intervenciones psicológicas se incluyen en los tres niveles de atención, dependiendo técnicamente de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables. En el primer nivel de atención, se destaca la presencia de psicólogos en territorio, que se insertan en equipos multiprofesionales en policlínicas barriales. Su abanico de intervenciones es amplio, aunque se plantea que puedan fortalecer acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, orientación y consulta. Dentro del primer nivel especializado, se conforman equipos de Salud Mental en Centros de Salud que son referencia para varias policlínicas barriales, y en los cuales también se integran psicólogos, desarrollando tareas básicamente asistenciales (psicodiagnóstico y psicoterapia). En los Hospitales generales, hay psicólogos, por lo general, integrados también en los equipos de Salud Mental. Y en el tercer nivel, los psicólogos se han integrados a equipos de centros especializados en problemáticas específicas: hospitales psiquiátricos, centros de rehabilitación psicosocial, servicios especializados en el uso problemático de drogas, servicios de atención ante dificultades de aprendizaje, entre otros (Novoa et al., 2018).

La Universidad de la República cuenta con servicios propios tanto a nivel del Hospital de Clínicas (2° nivel de adultos y 3er nivel especializado en algunas áreas), como en servicios comunitarios en algunas zonas del país. Y sobre todo, los estudiantes de grado y posgrado se integran en servicios de salud públicos de ASSE. La Facultad de Psicología cuenta con Proyectos de Extensión Universitaria, Programas de Prácticas

pre-profesionales y Convenios con diferentes institucionales públicas, en las cuales se desarrollan intervenciones psicológicas ante problemáticas específicas. En particular, por su relevancia en el sector Salud Pública, vale destacar el Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud de ASSE (PPRSS), a través del cual, 36 estudiantes de grado y 18 de especialización, se incorporan a distintos servicios, durante uno a tres años, con 25 horas de atención semanales.

La totalidad de los servicios y prácticas universitarias han sido impactadas por la pandemia y supuso esfuerzo para el rediseño de sus intervenciones ajustadas a las condiciones de la emergencia sanitaria. Desde el inicio las autoridades universitarias resolvieron la suspensión de los cursos presenciales, sustituidos por su implementación a través de las plataformas virtuales. Si bien, se planteó la intención de sostener las actividades asistenciales en salud, las medidas tomadas supusieron restricciones a las que no todos los servicios pudieron adaptarse, por lo que en algunos casos se pudo dar continuidad a las acciones y en otros casos tuvieron que ser suspendidas. Progresivamente a la par del proceso de desescalamiento de las restricciones, con la reapertura y flexibilización de las actividades, las líneas de acción de los servicios empiezan a ser retomadas.

PARTICIPACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LAS ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN, PREVENCIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO A TODA LA POBLACIÓN FRENTE A LA COVID-19 POR LAS DIFERENTES VÍAS UTILIZADAS

En tanto se trata de un proceso en curso y muy dinámico, y dada las limitaciones de los datos disponibles, es imposible aportar una mirada exhaustiva de todo lo que se pueda estar implementando desde la Psicología. En todo caso, se trata de aportar una perspectiva desde la Psicología de la Salud, sobre las líneas de intervención psicológica de las que se cuenta con información.

Como se decía, el Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud (PPRSS) tiene la virtud de contar con estudiantes avanzados de grado y graduados recientes en servicios de salud de los tres niveles

de atención y distribuidos en 13 de los 19 Departamentos del país. Su inserción supone sumarse con una postura crítica y creativa a las líneas de acción en ejecución. Los planes de trabajo no dependen del equipo docente, sino de los referentes de cada servicio. La supervisión académica contribuye a profundizar en la reflexión y análisis de la experiencia, procurando aportar al enriquecimiento de las prácticas, pero sin poder determinar por sí, cambios en el curso de las intervenciones.

Los informes permanentes de la evolución de la situación a partir de la declaración de la emergencia sanitaria y la realización de reuniones virtuales con los psicólogos referentes de los servicios, son insumos para pensar los impactos de la pandemia en las prácticas y el tipo de respuestas que se fueron implementando. El proceso experimentado hasta el momento puede ser dividido en tres fases, por las que en mayor o menor medida, los servicios y los equipos parecen haber atravesado, aunque también hay diferencias significativas en atención a particularidades, que sería excesivo detallar en este documento.

Una primera fase podría estar caracterizada por el “repliegue y desconcierto”. Declarada la emergencia sanitaria, la mirada oficial claramente estaba dominada por una perspectiva biomédica. Las principales recomendaciones y medidas pasaban por la evitación de los riesgos de contagio, y la atención a medidas de bioseguridad, con un énfasis en la preparación de los segundos y terceros niveles de atención, en detrimento de los servicios con inserción comunitaria. Tal es así que en este primer período se cierran muchas policlínicas por considerarlas no aptas para poder cumplir con los requerimientos sanitarios. En relación a los equipos psicológicos en esta primera fase se limita severamente su concurrencia a los establecimientos o, incluso, se los exime de hacerlo (tal es el caso de los practicantes y residentes). Circula el criterio de priorizar el personal de salud “imprescindible”. Como reflexionaba un estudiante en esos días: “de múltiples maneras, sentíamos recibir el mensaje que (ante la pandemia) los psicólogos éramos prescindibles”.

La poco o nula concurrencia a los servicios no implicaba de por sí un licenciamiento (salvo en personas en riesgo), pero tampoco se indicaban protocolos de intervención a distancia (tele-psicología) o propuestas de reformulación de planes de trabajo. Al inicio de la pandemia, el poder legislativo aprobó una ley que

habilita y regula el ejercicio de la telemedicina, lo que da un marco general legal, aunque concretamente no refiera al ejercicio de la Psicología. En el comienzo entonces, cada equipo buscó enfrentar la emergencia con sus propios recursos y criterios. En este sentido, se observa un gradiente, donde mientras algunos eran ganados por el desconcierto y la inacción, otros prontamente asumieron una actitud activa en el mantenimiento y reformulación de las intervenciones, asumiendo la nueva realidad de (casi) imposibilidad de la atención presencial. Cómo mínimo, se procuró suspender las consultas agendadas y mantener un mínimo seguimiento de los casos en proceso de atención psicológica previa, individual o grupal. En varios casos, estos seguimientos fueron adquiriendo características que los acercaban a la atención psicológica a distancia, mediada por la tecnología, sostenida en muchos casos desde los teléfonos personales de los profesionales quienes asumieron los costos económicos de la conexión.

En un panorama general de repliegue, la emergencia sanitaria parece haber impactado a los equipos según sus fortalezas y debilidades previas. Apoyados en la infraestructura comunicacional robusta que cuenta el país, algunos equipos pudieron retomar sus reuniones en modo virtual, a través de aplicaciones de teleconferencias o mantenerse informados a través del chat telefónico. Eso les permitió desarrollar estrategias colaborativas y encontrar apoyos mutuos para ir comprendiendo la situación y repensando los abordajes posibles. Debe tenerse en cuenta, que las situaciones personales también atravesaban a los profesionales y, en particular, las problemáticas asociadas a cuestiones de género. La mayoría de ellas eran referentes a mujeres con niños y/o ancianos a su cuidado, y en un contexto donde el cierre de las instituciones educativas, tendió a generar sobrecargas, agudizadas por las persistencias de pautas de género que reproducen lógicas patriarcales.

Es un tiempo marcado también por la búsqueda de información, la lectura permanente de noticias, la circulación de bibliografía sobre la pandemia (con las limitaciones de ser un fenómeno nuevo y poco conocido), y de intentos de comprender e incorporar las posibilidades que brindan las tecnologías digitales de comunicación. Aplicaciones para teleconferencias como Zoom, Webex, Jitsi, Google Meet se vuelven lenguaje habitual rápidamente en determinados circuitos profesionales. El trabajo desde los domicilios

bajo la consigna “quédate en casa” se impone como necesidad (con distintos niveles de éxito), en las dinámicas cotidianas de muchos psicólogos. La mayoría de ellos, comparten su trabajo en la salud, con la atención clínica particular, por lo que para sostener estas últimas (y garantizar una de sus principales fuentes de ingresos), debieron incorporar el manejo de herramientas de tele-consultas. También es un tiempo donde el humor, a través de chistes, memes, videos y todo tipo de ocurrencias graciosas, se difunden por las redes, buscando mitigar a través de la risa, los importantes montos de ansiedad y temor que la situación genera.

A este tiempo inicial, la sucede una segunda fase, donde las medidas restrictivas para la presencialidad se mantienen, pero muchos profesionales van desplegando y consolidando nuevas estrategias de intervención. No todos los equipos logran pasar a esta fase y algunos parecen permanecer en la anterior. Se caracterizaría por una expresión coloquial que se repite en las conversaciones con los profesionales: “le vamos encontrando la vuelta”. Supone una adaptación creativa a las circunstancias a través de estrategias de afrontamiento que procuran superar el impacto inicial. Posiblemente guarde relación con un tiempo donde la evolución de la pandemia en el país, no alcanza los niveles que se temían, y la situación, aun siendo preocupante, parece poder controlarse, por lo que se abren las primeras actividades y se retoman algunas actividades laborales.

También es un tiempo donde los otros impactos socio-económicos se empiezan a sentir fuertemente, y los temores del agravamiento de la situación material, se superponen y a veces ocupan el lugar de los miedos vinculados al coronavirus. Incluso en el ámbito de la salud, la suspensión de consultas no ligadas a la pandemia, en el resto de las especialidades médicas, la postergación de las intervenciones quirúrgicas no urgentes, la preocupación por la evolución de los enfermos crónicos, conlleva a la necesidad de retomar la atención. Desde las Sociedades de Medicina Familiar y Comunitaria, se despliega una estrategia comunicacional que logra revertir las medidas iniciales de cierre de policlínicas e integrar en las estrategias de abordaje los niveles comunitarios, cuestión que luego, será evaluada como una de las claves de los logros alcanzados en el control de la pandemia, por parte de representantes de OPS (Muñoz, 2020).

A todo esto, se le suman los efectos experimentados en buena parte de la población, del período de mayor confinamiento, que si bien nunca llegó a ser de cuarentena obligatoria, imponía fuertes restricciones. Vale resaltar aquí, que en las condiciones desiguales de existencia, no toda la población estaba en condiciones de auto-confinarse. Como ya se dijo, quienes dependían de ingresos diarios para subsistir, no podían “darse el lujo” de evitar salir a buscar el sustento. Tampoco las viviendas de los hogares más vulnerables, tienen las condiciones mínimas que permitan el confinamiento de familias, por lo general muy numerosas. Los riesgos asociados al hacinamiento (violencia intrafamiliar, abusos, etc.) encontraban en estas y otras situaciones familiares, factores de riesgo que empezaban a dar señales a través, por ejemplo, del incremento de la violencia de género y los feminicidios. Un reporte informaba el drástico incremento de 80 % en los primeros 45 días de emergencia sanitaria, en las consultas y pedidos de ayuda a la línea telefónica sobre violencia de género (Cariboni, 2020).

En este marco, la necesidad de respuestas que superarán la mirada inicial reduccionista, se empezaba a abrir, identificando componentes psicosociales del fenómeno, aún sin alcanzar a superar el modelo biomédico dominante. A nivel poblacional, se instrumenta un nuevo servicio de atención psicológica telefónica para toda la población, del cual se dará cuenta más adelante. En los servicios, las demandas de atención psicológicas empiezan a poder ser canalizadas, al menos parcialmente, en forma remota.

A cuenta de una mayor sistematización, podrían categorizarse las intervenciones de acuerdo a sus objetivos y metodologías en los siguientes agrupamientos:

- Seguimiento individual y telefónico de los pacientes en tratamiento previo, buscando mantener el contacto, conocer la evolución de la problemática, evaluar la incidencia del contexto de emergencia y reforzar estrategias de afrontamiento positivo.

-
- Inicio y continuidad de consultas psicológicas y psicoterapias individuales bajo modalidad de tele-asistencia, atendiendo las problemáticas según cada caso, y adaptando las metodologías a las condiciones del medio.

- Continuidad a grupos de apoyo mutuo y talleres, con distintos objetivos y población-objetivo (niños y adolescentes, adultos, mujeres, adultos mayores). Existe un abanico heterogéneo de medios utilizados de acuerdo a las posibilidades de los integrantes, desde el uso de aplicaciones de chat, sincrónico y asincrónico con texto y audio, hasta reuniones virtuales vía teleconferencia (audio y video). Se busca creativamente explorar las posibilidades de las tecnologías, hasta incluso para usar dinámicas participativas de taller, con orientación promocional y preventiva. Requiere frecuentemente asesorar a los participantes en el uso de las tecnologías.

- Conformación de grupos dirigidos a personas en situación especial de vulnerabilidad. Se destacan al respecto, grupos con personal de la salud, otros colectivos laborales como los docentes. La estrategia del cuidado de los cuidadores cobra especial relevancia, en el marco de las exigencias de la emergencia sanitaria.

- Aporte a la realización de campañas de difusión, a través de medios digitales. Elaboración de materiales en base a criterios y pautas de prevención recomendadas. Utilización de medios locales como periódicos barriales y radios comunitarias.

- Participación en la reconstitución de las redes comunitarias y espacios de coordinación intersectoriales, en tanto ámbitos de articulación presentes en el territorio y desde el cual se logran sinergias para la consecución de respuestas integrales y socialmente pertinentes. Desde allí también se logran vínculos con iniciativas de base popular, como las ollas y merenderos surgidos en el marco de la emergencia. Y se recuperan o amplifican proyectos, como las huertas comunitarias, de fuerte impacto para la participación social y la promoción de la salud.

- Más allá de las restricciones impuestas a través del distanciamiento físico, también se mantuvo en algunos casos la atención presencial, ya sea respondiendo a situaciones de emergencia, o en la atención a usuarios internados en servicios especializados, como es el caso del hospital psiquiátrico y en

servicios de tratamiento a drogodependencias. En ambos casos, el riesgo de contagios operó como barrera para los ingresos y contactos con el exterior, profundizando el aislamiento de los pacientes, especialmente agravado cuando aparecieron focos de coronavirus en el principal establecimiento hospitalario de la capital que aborda problemáticas de salud mental. Los contagios en algunas salas y en el personal, llevaron a incrementar las medidas restrictivas y prácticamente impidieron durante varias semanas los abordajes psicológicos. En este contexto, la situación de aislamiento de los pacientes fue denunciada por la academia y por organizaciones vinculadas a la defensa de los derechos humanos, asociaciones profesionales y científicas.

- Un sector de la población que requirió mantenimiento de su atención fueron los niños-as, con dificultades de aprendizaje. La suspensión de las clases presenciales, y las dificultades de los hogares más vulnerables para sostener las modalidades remotas de enseñanza, ponía en riesgo la agudización de las dificultades y la eventual desvinculación educativa. Por eso, es especialmente destacable como varios servicios públicos descentralizados, especializados en la temática lograron reformular sus estrategias, mantener el vínculo con los niños y sus familias, y contribuir a que los mismos puedan seguir avanzando en sus procesos de aprendizaje.

- Por último, la emergencia del fenómeno y sus múltiples manifestaciones generó distintas iniciativas de exploración y aproximaciones a la investigación, por lo general a través de la implementación de encuestas on line, que indagan distintos aspectos: impactos psicológicos de la pandemia en los equipos de salud, evaluación de satisfacción de usuarios con la tele-psicología, efectos de la pandemia sobre el bienestar psicológico de la población usuaria del servicio, relevamiento de respuestas socio-comunitarias a la emergencia sanitaria, actualización de guías de recursos, entre otros.

La tercera fase está marcada por el desescalamiento de las medidas más restrictivas en lo sanitario y el reintegro progresivo a las actividades presenciales. A partir del 8 de mayo, se propone el reintegro a las tareas habituales en los servicios de salud, sujeto a la posibilidad de cumplimiento de las medidas sanitarias, tanto

de higiene como de distanciamiento físico. Los practicantes y residentes se empiezan a reintegrar algunas semanas después en la mayoría de los servicios. Las limitaciones de infraestructura se agudizan ante la imposibilidad de contar con suficientes espacios y equipamiento para albergar todas las actividades, cumpliendo con los requerimientos. Esto genera por una parte, que en muchos casos el reintegro presencial no pueda cubrir la totalidad del horario, y por otra parte, la emergencia de conflictos internos respecto a la distribución de los recursos escasos. En estas tensiones, los informes dan cuenta que los profesionales de salud mental (y más aún los psicólogos, residentes y practicantes) tienden a ser desplazados en la priorización de otros servicios, reeditando nuevamente las sensaciones iniciales en torno a la valoración de lo imprescindible y lo prescindible. Las capacidades diferenciales de los equipos y el efectivo trabajo de equipo, presente o no, en cada servicio, marca diferencias en el modo en que se gestionan estas dificultades.

Por tanto, esta fase está caracterizada por el retorno a actividades presenciales con varias limitaciones, y el mantenimiento de dispositivos de atención a distancia. Respecto a las primeras, las limitaciones se refieren a las situaciones antes aludidas, y también a las particularidades de la atención en tiempos de distanciamiento físico. Por ejemplo, ciertos grupos retoman sus sesiones presenciales, pero deben reducir el número de sus integrantes o algunos se dividen en dos, en función de las capacidades de local y el debido cumplimiento de las distancias. El uso de tapabocas introduce una variable nueva en los intercambios grupales e individuales, así como el respeto por todas las medidas de higiene recomendadas. No obstante su grado de cumplimiento estricto parece ser variable. Los aspectos cualitativos de la relación asistencial no pueden ser pasados por alto, y allí influye tanto el vínculo (pre existente o no) con el profesional, como características de los consultantes (edad, género, problemática, etc.), y de los profesionales (marco conceptual y metodológico, estilo personal, etc.).

El mantenimiento de dispositivos de tele-asistencia estaría justificado por tres tipos de razones. Por una parte, las dificultades de local o de otra índole (por ej. personal eximido de concurrencia por ser portador de algún factor de riesgo) que obligan a sostener horas de atención fuera de los establecimientos. En segundo lugar, por las particularidades de la población, teniendo algunos de ellos dificultades para salir

de sus domicilios o porque su concurrencia a los servicios de salud no sea recomendable, en un contexto donde los riesgos de contagio aún persisten. En tercer lugar, resulta más interesante en términos de proyección futura, el descubrimiento de las potencialidades de la tele-asistencia. Siendo una modalidad poco desarrollada previamente a nivel nacional, la emergencia sanitaria obligó a realizar aprendizajes apresurados, lecturas obligadas y mucho ensayo y error a partir de la experiencia. En este esfuerzo, no pocos psicólogos pudieron comprobar cómo, a veces en contraposición a sus ideas previas, las herramientas informáticas permitían vínculos de atención equiparables o incluso en algunos casos superiores a los presenciales. Los relatos comunican con sorpresa, lo bienvenidas que han sido las llamadas telefónicas por parte de los usuarios, el respeto de los horarios y tiempos agendados, un aumento en la adhesión a los tratamientos con menores ausencias e, incluso, la apertura a temas que no surgían fácilmente en los contactos presenciales.

Lejos de una mirada idealizadora, también se reportan varios obstáculos que no la hacen una modalidad generalizable. Se señalan dificultades de los usuarios para conectarse tanto por limitaciones de conectividad, en el uso de las tecnologías, como para asumir el costo económico que implica. También dificultades asociadas a las limitaciones en la privacidad de las comunicaciones, ya sea por la falta de espacios en las viviendas donde se pueda preservar la intimidad de las conversaciones, o por la edad de los pacientes, es el caso de los niños. Por otra parte, no todos los usuarios se adaptan a estas modalidades de comunicación y, en todo caso, las aceptan como opción transitoria a la espera que se pueda reestablecer el contacto presencial.

Del lado de los factores técnicos también operan recursos de manejo y disponibilidad tecnológica. Buena parte de la tele-asistencia fue asumida a costa económica de los propios profesionales. También se plantean problemas de privacidad, en tanto no siempre se cuentan con espacios apropiados para sostener las intervenciones fuera de los servicios. En este sentido la interferencia de la vida familiar muchas veces termina complicando la labor. Y en general el teletrabajo parece estar asociado a una mayor carga de esfuerzo, estrés, y dificultad para organizar los tiempos de labor, de ocio y de descanso. La posibilidad de conectarse

desde los servicios de salud enfrenta problemas de infraestructura y equipamiento en comunicación, así como carencias de espacio.

La tercera fase está en proceso de desarrollo actual, y cobra un dinamismo particular en tanto está sujeta a los avatares de la evolución epidemiológica, a las decisiones de las autoridades sanitarias y a variables que corren por la organización de cada servicio en concreto. Para la Psicología constituye un nuevo marco de oportunidad, cargado de desafíos. En un contexto donde siguen primando muchas limitaciones, se empieza a ver un incremento sustantivo de las demandas de atención. Tal como se da cuenta en la revisión de bibliografía (Brooks et al, 2020) los problemas de salud mental asociados a las crisis sanitarias no tienen una expresión inmediata sino que pueden manifestarse, incluso varios meses después de su pico epidemiológico. Tal situación comienza a ser observada en los servicios de salud, en donde se conjuga tanto lo sanitario como el deterioro socio- económico de la coyuntura.

Ante tales situaciones los servicios de atención en salud mental están teniendo severas dificultades para satisfacer el nivel de demandas existentes, y las listas de espera toman dimensiones imposibles de ser cubiertas con los recursos existentes. Para incrementar su capacidad de respuesta, recientemente se resolvió habilitar el modo 1, previsto en el Plan de Prestaciones, para la atención de las problemáticas de salud mental asociadas a la situación de pandemia (Muñoz, 2020b), ya que existe la voluntad de buscar los medios para mejorar la accesibilidad a los servicios de atención psicológica.

La Facultad de Psicología desde el inicio ha manifestado su voluntad de cooperación y aporte, participando en un Grupo Interinstitucional convocado por el Ministerio de Salud Pública e integrando con representantes distintos grupos de trabajo. También se ha venido participando en el Sistema Nacional de Emergencias (SINAE), como parte de la representación universitaria. A la interna, constituyó un Comité Académico encargado de articular las respuestas institucionales a la emergencia sanitaria. Y el Consejo de Facultad, máximo órgano de gobierno, ha realizado varias declaraciones planteando su posición en torno a distintos aspectos claves en el marco de la pandemia. Como parte integrante del Consejo Directivo Central de la

Universidad de la República, la Psicología Universitaria ha planteado sus posturas y debatido con los otros actores universitarios.

Desde la Facultad de Psicología, también se desplegó un conjunto de servicios, muchos de ellos pre-existent, pero que reformularon sus vías de acceso y abordaje, en función de las restricciones impuestas. Ciertos colectivos que son su población objetivo pudieron mantener los espacios de orientación y consulta, sumando modalidades de tele-psicología. A través de la web de la Facultad de Psicología (www.psico.edu.uy) se accede a información de los servicios de atención clínica, comunitaria, orientación, acompañamiento y capacitación. Suman 21 programas distintos, con variados enfoques y metodologías de abordaje, bajo la responsabilidad de equipos docentes y en varios casos con integración de estudiantes de grado y posgrado.

Las páginas de la web de la Facultad también oficiaron como fuente para la difusión de materiales y cartillas con recomendaciones, aportes conceptuales y difusión de investigaciones sobre distintos aspectos psicosociales de la pandemia. En muchos casos, los docentes e investigadores de Facultad fueron convocados por los medios de comunicación. Y los materiales comunicacionales fueron publicados en la web, tomados como referencia por los mismos medios masivos. En especial, cobraron interés los abordajes vinculados a las problemáticas de la convivencia en situación de confinamiento, violencia de género, atención a adultos mayores, consumos de alcohol y drogas, situación de los pacientes con problemas de salud mental. Los equipos docentes especializados en primeros auxilios psicológicos (PAP) fueron frecuentemente requeridos desde distintos espacios vinculados a las autoridades sanitarias y desde los medios de comunicación. Sus orientaciones inspiradas en las mejores prácticas recomendadas para enfrentar situaciones de crisis y catástrofes, pasaron a tener un espacio importante de divulgación.

Desde ASSE, a partir del mes de abril, se incorpora una línea telefónica gratuita y confidencial de apoyo y contención emocional para atender los impactos psicológicos de la pandemia, accesible las 24 horas y los 7 días de la semana. Se suma a otras líneas de atención psicosocial ya existentes vinculadas a la atención

de situaciones de violencia, consumo de drogas e intentos de autoeliminación. En lo específico de la pandemia, la nueva línea, es complementaria a otra para acceder a información sobre COVID-19. Es atendida por aproximadamente 150 psicólogos voluntarios que, salvo en los horarios nocturnos, son honorarios. Las personas acceden a través de la línea telefónica a un sistema que por vía interna, deriva las llamadas a los profesionales por medio de una aplicación instalada en sus teléfonos celulares. Estos se guían por un protocolo de atención básico, cuentan con guías y recomendaciones técnicas, tienen reuniones periódicas de supervisión y han recibido algunas instancias de capacitación.

La implementación de la línea estuvo caracterizada por la premura en dar respuesta a las necesidades que empezaban a manifestarse y por la voluntad de quienes se involucraron activamente para lograr su implementación. Tal como se plantea en un informe presentado a dos meses de implementada (ASSE-Línea 08001920), la propuesta reconoce la iniciativa de la señora esposa del Presidente y de la Vicepresidencia de la República. Por tanto, si bien la necesidad de un servicio de tales características venía siendo planteada a nivel ministerial, la propuesta no es resuelta ni toma forma desde las unidades o equipos profesionales con experiencia en la gestión de los servicios de salud. Este aspecto no es menor, dado que imprime al servicio algunas de sus peculiaridades y también podría explicar ciertas limitaciones.

De acuerdo con dicho informe, en los primeros dos meses la línea recibió un total de 8,100 llamados, a un promedio de 14 llamados por hora, siendo los días y horas pico, los lunes, jueves y viernes de 15 a 17 horas, y de 19 a 22 horas. El promedio de duración de cada llamada es de 18 minutos y predominan las consultas vinculadas a síntomas de depresión y ansiedad, y a sentimientos de soledad y aislamiento. Si bien no se ha podido sistematizar todas las llamadas recibidas, una muestra de 2,012 casos entre el 14 de abril y el 20 de mayo indica que el 61 % de las llamadas provienen de Montevideo, seguida de un 13 % del Departamento de Canelones (los departamentos con más habitantes), y en tercer lugar aparece Maldonado, con 5 % de las consultas. Las llamadas de otros lugares resultan más excepcionales en términos porcentuales. Las consultantes fueron en su mayoría mujeres (73 %), adultas y adultas mayores, con cobertura de salud en instituciones públicas (43 % en ASSE) y en prestadores privados (35 %).

El flujograma de atención indica la categorización de las consultas según niveles de riesgo en tres colores: verde (leve), amarillo (moderado) y rojo (alto). El tipo de respuestas responde a dicho gradiente, y puede consistir en suministro de información clarificadora (psicoeducación), contención y orientación psico-emocional, recomendación de tratamiento o, incluso, la derivación directa a las líneas de apoyo en IAE, violencia o drogas, la emergencia de salud o policial, si el caso lo ameritara. En base a una muestra de 856 llamadas recibidas los primeros 15 días, el 46 % fueron consultas categorizadas como de riesgo leve, 30 % moderado y 11 % alto. (ASSE-MSP, 2020). Aparentemente la distribución porcentual posterior continuó siendo similar a esta primera síntesis. El sistema de registro recoge datos respecto al perfil del consultante, el motivo de consulta y la estrategia de respuesta. No se cuenta con información de la evolución posterior de las consultas, la efectividad potencial de las eventuales derivaciones u otras problemáticas que puedan haberse agregado.

La necesidad de otorgar mayor profesionalidad a la propuesta (para que el servicio no dependa del voluntariado), mejorando la accesibilidad al ejercicio del derecho a la atención psicológica, constituyen los desafíos principales con vistas a la posibilidad de institucionalizar el servicio. Al respecto, las debilidades en los protocolos y sistemas de registro, muestran una insuficiente integración al SNIS, y una dificultad en la práctica para dar efectiva continuidad a la atención. En este sentido, sus condiciones de surgimiento permiten comprenderlo como una respuesta solidaria, pero que requiere ser ajustada para que pueda fortalecer la atención psicológica, más allá de dar una respuesta inmediata en el contexto de la pandemia. Y lo que es también significativo, permitiría estimar los impactos psicológicos que la pandemia está generando, cuestión que, como planteábamos, inicialmente no parecía estar integrada al debate público.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES INTERNADOS (CENTROS DE AISLAMIENTO PARA SOSPECHOSOS)

El mayor porcentaje de la atención a los pacientes sospechosos fue domiciliario. Ante la posible sospecha de infección, se recomendó evitar la concurrencia a los centros de salud y solicitar telefónicamente

atención en domicilio. Apoyándose en una red importante de primer nivel, medicina familiar y comunitaria, médicos de domicilio y sistemas de respuesta móvil, se pudo evitar que las consultas se transformaran en fuentes de contagio. Los equipos médicos contaban con equipamiento de protección especial y procedían a tomar las muestras (hisopados) que luego serían pesquisadas. En caso de confirmarse casos positivos, la atención continuaba siendo ambulatoria, en un marco de aislamiento domiciliario y pesquisa de los contactos previos del paciente identificado. Salvo que la evolución de la enfermedad requiriese intervenciones de otro orden (por ejemplo, asistencia respiratoria), se buscó evitar la internación hospitalaria, y en el 88 % se logró (Salinas, 2020). En todo este proceso, al menos según la información con que se cuenta, la atención psicológica estuvo ausente.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA A ENFERMOS (VÍAS UTILIZADAS, PSICOTERAPIAS APLICADAS)

No ha habido una estrategia oficialmente establecida de atención psicológica a personas enfermas por coronavirus. El número de pacientes que requirieron atención hospitalaria ha sido relativamente bajo hasta la fecha, correspondería a un 12 % de los casos, de los cuales 35 % necesitó cuidados intensivos (Salinas, 2020). Tal como se informó anteriormente, la mayoría de los casos positivos cursaron su enfermedad en sus propios domicilios, bajo medidas de aislamiento. Las posibilidades de atención psicológica se limitaron a las formas de tele-asistencia existentes.

Respecto a los servicios privados integrados al SNIS, si bien no se cuenta con información de la atención psicológica que se haya brindado en los casos que requirieron cuidados intermedios y/o intensivos, es muy probable que ello no se haya concretado. Los reportes de informantes calificados coinciden en señalar que el acceso a los pacientes internados estaba severamente limitado, teniendo solo acceso el personal médico y de enfermería asignado al área. Las condiciones de sedación (en los tratamientos intensivos practicados durante los primeros meses), tampoco permitían un vínculo asistencial con el usuario, no así con sus familias, pero, tampoco parecen haberse implementado. En los casos en que el paciente permanecía lúcido, las

dificultades de comunicación y la aplicación de procedimientos de bioseguridad no habrían posibilitado el acceso a la atención psicológica.

A nivel público, se estableció que el Hospital J. J. Crottogini sería el centro de referencia nacional para las internaciones. Desde sus autoridades se pusieron en contacto con la Facultad de Psicología, porque identificaban la carencia de estrategias psicológicas de los casos, y la necesidad de intervenciones que abordaran estos aspectos, dadas las condiciones de aislamiento en que debían transcurrir las internaciones. Se avanzó en la elaboración de una propuesta de trabajo que hasta la fecha no ha podido implementarse. En ese proceso, el Hospital habría logrado incorporar una psicóloga, que se abocaría a dicha tarea.

Desde la autoridad sanitaria tampoco se han dictado protocolos de intervención específica que se brinden en cuidados paliativos. Este tipo de intervenciones están incorporadas en las prestaciones habituales de los servicios y, para el contexto particular de la pandemia, se han distribuido entre los equipos recomendaciones de trabajo internacionales. No obstante, las condiciones de internación y el predominio de los abordajes biomédicos restringen las posibilidades de acción. En los casos extremos de internaciones en cuidados intensivos, al parecer no ha habido posibilidad alguna para el trabajo psicológico con los pacientes y muy escasamente se ha implementado con los familiares o con los equipos médicos.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PROFESIONALES DE LA SALUD QUE PRESTAN ASISTENCIA A ENFERMOS DE LA COVID-19

La preocupación por la salud de los profesionales y trabajadores de la salud ha estado presente desde el inicio. En este sentido, ya desde antes, el personal sanitario ha sido definido como población prioritaria en las prestaciones psicológicas incluidas en el plan de atención del SNIS. No obstante, en el marco de la pandemia, se carece de datos sobre el alcance efectivo logrado y no existe ningún programa oficial para atender los impactos en la salud mental de los trabajadores de la salud.

Desde la Universidad, se han elaborado cartillas y materiales comunicacionales dirigidos a los equipos de salud, tanto desde el Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina como desde la Facultad de Psicología. En el primer caso, también se cuenta con servicios de apoyo y asistencia a los que el personal de la salud puede acudir. Desde el Colegio Médico también se instrumentó un servicio de asistencia a la salud mental para los médicos. En el caso de la Facultad de Psicología, existe un convenio que posibilita el acceso a la atención psicológica de los trabajadores de la salud de ASSE y sus familias. En estos meses, el servicio reformuló sus líneas de acción posibilitando el acceso por vía telefónica. No hay datos aún que sistematicen la experiencia.

Desde los propios servicios de salud públicos, tenemos información de la aplicación de distintas estrategias en el cuidado de los equipos en las que han participado practicantes y residentes. Se han realizado encuestas y actividades grupales tendientes a evaluar y compartir estrategias de afrontamiento ante la situación de emergencia sanitaria. Su sistematización está pendiente.

Recientemente Uruguay se ha incorporado a un proyecto de investigación impulsado por una Red Latinoamericana de Investigadores en Salud Mental, por la cual se examinará los impactos de la pandemia en la salud mental de los trabajadores de la salud. Se trata de un estudio de cohorte que posibilitará evaluar las afectaciones psicológicas a lo largo de un año, a través de la aplicación en cuatro oportunidades de un cuestionario on line. Al ser un estudio multi-céntrico, también arrojará datos comparativos entre los más de 25 países incluidos en el estudio (Héroes, 2020).

ATENCIÓN A FAMILIAS DE ENFERMOS O EN PROCESO DE DUELO POR LA PÉRDIDA DE UN FAMILIAR POR LA COVID-19

La atención a familiares que sufren la muerte inesperada de un familiar está incluida en las prestaciones de salud mental incorporadas al SNIS, por lo cual, en teoría, existen los recursos para poder atender dichas

situaciones. No obstante, no se cuenta con información sobre cómo se está procesando este aspecto. De más está destacar su relevancia en lo profesional y fundamentalmente en lo humano, contemplando las peculiaridades y limitaciones para los rituales funerarios.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA INTEGRACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EXPERIENCIAS QUE YA HAYAN PODIDO SER EVALUADAS

A lo largo del informe se fueron adelantando algunas fortalezas y debilidades constatadas. Ellas no remiten estrictamente a la Psicología de la Salud, en tanto rama aplicada de la Psicología que estudia los componentes subjetivos y comportamentales del proceso salud-enfermedad-atención (Morales Calatayud, 1997), sino a lo que podríamos denominar la Psicología “en” la salud; o sea, la incorporación de psicólogos al campo sanitario, o más estrictamente, a las organizaciones que integran el sector de atención a la salud-enfermedad. Tales profesionales se adscriben a diferentes marcos conceptuales y metodológicos y en los hechos (al menos en el caso de Uruguay) no suelen auto-identificarse como “psicólogos en la salud”.

De estos se desprende una primera debilidad, pre-existente a la emergencia sanitaria, que es el insuficiente desarrollo de la Psicología de la Salud en el país. No obstante, en contraposición, la fortaleza es la existencia de un Instituto con ese nombre en la Facultad de Psicología que viene fortaleciendo su perfil propio en enseñanza, investigación y extensión. Y en estrecha colaboración con el mismo, la existencia de un polo universitario en salud comunitaria en Paysandú, con una fuerte apuesta a la Psicología de la Salud. La graduación de un buen número de profesionales jóvenes formados en esta perspectiva, augura potencialidades de desarrollo futuro.

Pero en el presente, las debilidades de la Psicología de la Salud en Uruguay, la relativamente reciente incorporación de psicólogos en los servicios de salud, y la ausencia de formación de maestría y doctorado en el campo, son condiciones limitantes que posiblemente tengan incidencia en las debilidades de las estrategias de abordaje psicológico implementadas. En este sentido, las capacidades de la emergente

Psicología de la Salud para incidir en las políticas de abordaje de la pandemia, aún no han sido lo suficientemente potentes como para revertir la tendencia a reproducir el modelo dominante.

En este aspecto, las debilidades principales tienen que ver con la primacía de un modelo de atención biomédico, que no incorpora suficientemente las estrategias psicológicas. La persistencia de dicho modelo no puede ser pensada sin asumir auto-críticamente las limitaciones de los aportes desde nuestra disciplina. De hecho, tampoco la mera incorporación de psicólogos garantiza un cambio de modelo de atención. Varios estudios previos venían mostrando como en las intervenciones psicológicas predomina la tendencia a reproducir el modelo tradicional de consulta particular, limitando el accionar de la psicología a lo curativo, a lo individual y orientado a las problemáticas de las capas medias y altas (Gimenez y Suárez, 2017, Giménez, 2018, Giménez 2019, Protesoni et al., 2018).

Desde esta matriz epistemológica, ética, teórica, metodológica y práctica, las posibilidades de pensar estrategias apropiadas a un contexto de pandemia, como la actual, se verían severamente limitadas. La descripción de las fases observadas en los servicios de salud donde tienen inserción practicantes y residentes, resulta ilustrativa de ello.

Del lado de las fortalezas, podemos mencionar una fuerte vocación de servicio de muchos psicólogos insertos en servicios de salud, que les hace buscar alternativas que permitan construir nuevas estrategias de abordaje a la población, a veces con muy pocos recursos, orientaciones y apoyos de las direcciones, y en un contexto en que el desgaste laboral resulta una amenaza. En este sentido, la creatividad puesta al servicio de la innovación, se refleja en la experimentación de caminos no transitados hasta el momento, y que justifican avanzar en su sistematización. De esta forma, la emergencia sanitaria se constituye al mismo tiempo en un desafío y una oportunidad para el desarrollo de la profesión y de la disciplina.

Al respecto, será necesario superar otra debilidad: la poca sistematicidad y sistematización de las prácticas, especialmente de las buenas prácticas. En este campo parece primar una cierta espontaneidad, una

apuesta por transitar camino novedosos, pero sin recurrir al registro, análisis y evaluación sistemática de las experiencias, lo cual contribuye a que muchos de los hallazgos se pierdan con sus participantes, impidiendo la acumulación de conocimiento y su trasmisión.

En contraposición, el promedio de los profesionales de la Psicología parece tener una base potente actitudinal y procedimental para poder trabajar en circunstancias adversas como las que implica la pandemia. La flexibilidad en su accionar, y un modo ecléctico y artesanal para tomar aportes de diferentes fuentes, los hace en estas circunstancias más abiertos a los cambios y a la incorporación y construcción de nuevas estrategias.

En lo que respecta a la atención de la población enferma por COVID-19, las carencias de los abordajes psicológicos resulta evidente. Más allá de restricciones objetivas derivadas del abordaje clínico, el predominio de los criterios de bioseguridad, aplicados desde un modelo biomédico restringido al parecer no ha permitido explorar las posibilidades de intervenciones psicológicas, salvo en algunos casos puntuales. Desde el punto de vista humano y profesional, resulta necesario realizar una revisión de las prácticas. La experiencia comparada de otros lugares debería contribuir a abrir nuevas líneas de intervención profesional, basada en el derecho a la salud integral.

La falta de información centralizada sobre lo que efectivamente se está haciendo en los servicios de salud respecto a las intervenciones psicológicas, podría justificarse en la novedad del fenómeno. Pero entendemos que también expresa las debilidades en la función de rectoría pública en lo relativo al llamado campo de la "salud mental". La experiencia de la pandemia, deja en evidencia la necesidad de mejorar los sistemas de información, monitoreo y evaluación de las acciones desarrolladas por los servicios de salud incorporados al SNIS. Y al mismo tiempo, desarrollar la capacidad de formular guías y protocolos de acción en Psicología, que sirvan de referencia para orientar a los profesionales en su desempeño.

Las líneas más auspiciosas surgen al observar la apertura de nuevas posibilidades de trabajo psicológico, que complementan la presencialidad, con formas de contacto y trabajo a distancia. La impresión es que

algunas de estas modalidades podrán quedar incorporadas, enriqueciendo las opciones de intervención. La existencia de una creciente demanda de atención, si bien conlleva como debilidad las dificultades para satisfacerla, también expresa una expectativa social y valoración positiva de las posibilidades de la profesión. En este sentido, ampliar el abanico de modos de trabajo, es una fortaleza a profundizar. Para ello, se cuenta a nivel del país, con una infraestructura de conectividad potente, y vastos sectores de la población pueden acceder con relativo bajo costo a las comunicaciones digitales. De todos modos, existen sectores en los que estas vías siguen limitadas y en particular, los servicios de salud no cuentan con el equipamiento y la infraestructura tecnológica apropiada para tal desafío.

En un plano general, es importante resaltar la existencia de una cultura democrática y democratizadora que es capital compartido en la sociedad uruguaya, lo cual contribuye a que situaciones sociales como las que supone la epidemia, sean pensadas desde valores de la solidaridad y el apoyo mutuo. La historia de luchas sociales recoge múltiples hitos que están incorporados en la memoria colectiva y en particular los universitarios han sido socializados en ese posicionamiento ético y político. Este capital social es también compartido por la Psicología uruguaya, históricamente asociada al compromiso por la democracia y la justicia social. Por tanto, cuando la situación adversa emerge, el reflejo natural es el de la búsqueda de alternativas que atiendan a las necesidades de la población. Y ese compromiso resulta una fortaleza no siempre visible, pero que permite apostar a que es posible encontrar alternativas a lo dominante.

ESTRATEGIAS O PROGRAMAS PARA EL PERÍODO POST PANDEMIA

A nivel oficial, no se han comunicado la existencia de estrategias o programas post- pandemia. Desde la Universidad, se avizora un período complejo, no sólo por los efectos sanitarios, sino por la situación socio-económica que la pandemia ha agravado. La Psicología tendrá seguramente un papel clave que habrá que poder potenciar.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DERIVADOS DE LA EPIDEMIA

Desde la Psicología universitaria se han implementado o se están implementando proyectos que abordan distintas dimensiones psicológicas del proceso pandémico. La Universidad de la República, a través de su Comisión Sectorial de Investigación Científica, habilitó un fondo específico para la presentación de proyectos de investigación que ofrecieran respuestas a la emergencia sanitaria. Como se ha planteado, ha sido intensa y decisiva la cooperación que, distintos equipos de investigadores de varias áreas del conocimiento, han hecho. En el campo de la Psicología, se han difundido avances de resultados de investigaciones que recurren a metodologías de encuestas on line y hay otras investigaciones en curso. Una de ellas, es la ya presentada, en torno a la salud de los trabajadores de la salud.

En suma, Uruguay ha sido uno de los países donde la evolución epidemiológica de la pandemia de COVID-19 ha podido ser controlada hasta ahora, pero que no obstante presenta impactos preocupantes en los aspectos sociales y económicos cuyos efectos múltiples en la población, son aún inciertos, pero con probabilidades de implicar consecuencia negativas sobre la salud colectiva. Para la Psicología en general y, en particular, para los profesionales que se insertan en los servicios de salud está constituyendo un desafío y una oportunidad para desplegar las potencialidades de su ciencia y profesión. Ello solo será posible, si el aporte disciplinar se articula con otras disciplinas, en la construcción de abordajes interdisciplinarios e interprofesionales. No obstante, la persistencia del modelo biomédico, la tendencia a privilegiar los componentes de bioseguridad sanitaria, así como la limitada integración (hasta el presente) de las intervenciones psicológicas en los servicios de salud, y su insuficiente orientación y monitoreo, constituyen obstáculos para tal propósito. El esfuerzo, dedicación y compromiso individual de muchos profesionales de la Psicología, y de los equipos multiprofesionales que integran, que es necesario reconocer, destacar y sistematizar, es la base para continuar avanzando. En este contexto, a la Universidad pública le corresponde reforzar el compromiso por producir conocimiento pertinente y construir, en conjunto con diferentes actores sociales, alternativas válidas y sólidamente fundamentadas, en respuesta a los problemas emergentes en la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSE-Linea 08001920 (2020). *Informe "A dos meses de la línea de apoyo emocional 0800 1920"* Recuperado de: <https://www.asse.com.uy/contenido/A-dos-meses-de-creada-la-Linea-de-Apoyo-Emocional-0800-1920-registra-8-100-llamados-14-por-hora-en-todo-el-pais-12371>

ASSE-MSP (2020). *La línea telefónica para apoyo psicológico: una experiencia en curso*. Presentación en evento organizado por la Academia Nacional de Medicina, 21 de mayo 2020. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/linea-telefonica-para-apoyo-emocional-experiencia-curso>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Cariboni, D. (2020, junio 10). En Uruguay, la "pandemia oculta" de violencia contra las mujeres está fuera de control. *La Diaria*. Recuperado de: <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2020/6/en-uruguay-la-pandemia-oculta-de-violencia-contra-las-mujeres-esta-fuera-de-control/>

De León, N. y Techera, A. (2017). Reformas de atención en salud mental de Uruguay y la región. En: Grupo de trabajo en Salud Mental Comunitaria (Udelar). *Salud Mental, comunidad y Derechos Humanos* (pp 51-68). Montevideo: Psicolibros Universitarios.

FACTUM (2020). *Monitor Coronavirus – Ola 3 – Informe 1: Evaluación de actuación del Gobierno y acuerdo con medidas tomadas*. Recuperado de: <https://portal.factum.uy/publicaciones/2020/pub200504a.php>

GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators, 2018. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 391, Issue 10136, P2236-2271, June 02, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2)

Giménez, L. (2016). Psicólogos en Uruguay; una aproximación. *Psicología, Conocimiento, Sociedad*, (6) 1, 29–62.

Giménez, L. (2018, mayo) La Psicología en los servicios de salud: tensiones en el marco del cambio de modelo de atención. Congreso de ALAPSA 2018 ALAPSA– La Habana, Cuba. Publicación en CD.

Giménez, L. (2019, julio). Particularidades de la inserción de la Psicología en los servicios de salud en el marco del cambio de modelo de atención. *37 Congreso Interamericano de Psicología*. Sociedad Interamericana de Psicología, La Habana, Cuba.

Giménez, L. y Suárez, Z. (2017). Intervenciones psicológicas en el Hospital de Clínicas". *IT*, (5) 5, 78–99.

HEROES (2020). *The COVID-19 HEalth caRe wOrkErS (HEROES) Study*. Recuperado de: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04352634?term=Heroes&draw=2&rank=5>

Muñoz, A. (2020, junio 9). Especialista de OPS opinó que las fortalezas del sistema de salud uruguayo le permitieron responder mejor que otros países frente a la COVID-19. *La Diaria*. Recuperado de: <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2020/6/especialista-de-ops-opino-que-las-fortalezas-del-sistema-de-salud-uruguayo-le-permitieron-responder-mejor-que-otros-paises-frente-a-la-COVID-19/>

Muñoz, A (2020, junio 10) Mutualistas y seguros deberán dar sesiones gratuitas para atender problemas de salud mental vinculados con la pandemia. *La Diaria*. Recuperado de: https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2020/7/mutualistas-y-seguros-deberan-dar-sesiones-gratuitas-para-atender-problemas-de-salud-mental-vinculados-con-la-pandemia/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=coronavirus

Novoa, M, Lopez, G, Barrios, M.C, García Trovero, M, García Rampa, M, y Triaca, J. (2018). *Atención de la Salud Mental de la población usuaria de ASSE, diagnóstico de situación*. Recuperado de: http://www.asse.com.uy/aucc_documento.aspx?10377,71011

ONU CEPAL (2020). *Enfrentar los efectos cada vez mayores del COVID-19 para una reactivación con igualdad: nuevas proyecciones*. Serie: Informe Especial COVID-19 No.524 p. 2020-07-15. CEPAL. Recuperado de: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45782>

Organización Panamericana de la Salud/OPS. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. Washington D.C: OPS. Recuperado de: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf

Protesoni, A. Tabó, J. Giménez, L. Perea, J. y López, N. (2018, octubre 31). Primera entrevista psicológica en servicios de salud (Investigación CSIC). *I Congreso Internacional de Psicología*. Facultad de Psicología, Montevideo.

República Oriental del Uruguay – Presidencia. (2020). *Aparición de brotes es y será el escenario más probable a esperar en los próximos meses, 23 de julio de 2020*. Recuperado de: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/conferencia-cientificos-23-07>

República Oriental del Uruguay, Ministerio de Salud Pública (2009). *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud*, Montevideo.

República Oriental del Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Dirección de Programación Estratégica en Salud, Programa Nacional de Salud Mental (2011) *Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de: http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/8117/1/salud_mental_plan_nacional__junio.pdf

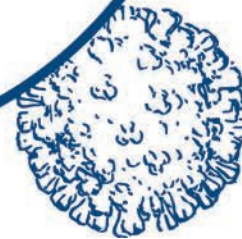
República Oriental del Uruguay (2017). *Ley 19.529, de 24 de agosto de 2017*. Recuperado de: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Rodríguez Buño, R. (2014) *Políticas públicas de salud en Uruguay (2004-2014) Resultados, ejes de discusión y desafíos a corto y mediano plazo Serie: Políticas en debate*. AGEV/OPP. (11-60). Recuperado de: http://agev.opp.gub.uy/observatorio_docs/publico/politicas_salud_uruguay_2004_2014.pdf

Salinas, D. (2020, julio 16) *Respuestas a la Pandemia COVID-19. Reunión de la OPS con los Ministros De Salud*. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=2nRhCmrTJJs>

SINAE (2020, julio 26) *Informe de situación sobre coronavirus COVID-19 en Uruguay (26 07 2020)*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/comunicacion/comunicados/informe-situacion-sobre-coronavirus-COVID-19-uruguay-26-07-2020>

WHO (2020, julio 27) *Coronavirus Disease (COVID-19)*. Recuperado de: <https://COVID19.who.int/region/amro/country/uy>



CAPÍTULO XI

LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

OVILIA SUÁREZ

Ministerio del Poder Popular para la Educación, Coordinadora del Colectivo de Psicólogos y Psicólogas por el Socialismo

ISALIV MATHEUS

Universidad Nacional Abierta

CÉSAR PÉREZ JIMÉNEZ

Universidad del Zulia

MARÍA ANTONIETA IZAGUIRRE

Universidad Central de Venezuela

FERNANDO GIULIANI

Universidad Central de Venezuela

CRISTINA OTÁLORA

Instituto de Psicología de la Universidad Central de Venezuela

CONTEXTUALIZANDO LA SITUACIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

Analizar el papel de la Psicología frente al COVID-19 en Venezuela implica destacar múltiples acciones emprendidas desde los movimientos sociales, las instituciones públicas y privadas, las Organizaciones no Gubernamentales y también desde el Poder Popular. Para entender esto es importante y fundamental caracterizar las condiciones en las que se desenvuelve la sociedad venezolana hoy, en medio de la pandemia del COVID-19 que azota a la humanidad entera, pero que en Venezuela se conjuga con una diversidad de circunstancias de carácter económico-político.

Como venezolanos y venezolanas resulta relevante el momento histórico-político que vive el país para entender las acciones psicosociales que se han emprendido desde el momento en que aparece el virus y se declara la pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud, el 11 de marzo de 2020 (OMS, 2020). En ese momento, se inicia una cuarentena dirigida y voluntaria, centrada en el distanciamiento social, y orientada a la construcción de un nuevo modelo de normalidad destinado a garantizar el desarrollo integral de la nación, el cual enfatiza la preservación de la vida del pueblo venezolano.

Mundialmente es sabido que Venezuela decidió un cambio estructural en el año 1999, que lleva al poder democráticamente a un gobierno revolucionario. Desde entonces, por decisión popular y a través del sufragio, se fueron profundizando procesos de transformación y cambios en todos los órdenes y estructuras de la sociedad, lo cual tuvo como punto de partida el declararse un país independiente y soberano y tomar las decisiones sin dependencia de gobiernos hegemónicos y dominantes. Y es desde ese mismo momento y en virtud de esa decisión soberana, que el país debió enfrentar los sistemáticos ataques imperiales intensificados de manera inclemente a partir del año 2013 hasta la actualidad.

Con la llegada de la Revolución Bolivariana se inicia una revolución social sin precedentes en la historia venezolana: la distribución de riquezas obtenidas por el ingreso de venta de petróleo, principal recurso económico, tiene como primordial objetivo la satisfacción de necesidades básicas que pasan a ser consideradas derechos

sociales, alcanzando niveles de bienestar social y de vida como nunca antes. La fundación de una democracia participativa y protagónica plasmada en la Constitución producto del proceso constituyente en 1999 y votada por una amplia mayoría de la población, tuvo y tiene una de sus principales expresiones en la organización del Poder Popular, a través del cual la gente ejerce el poder para gestionar los asuntos públicos y asume la vanguardia de las acciones en cada uno de los espacios de la sociedad. Esto genera la presencia y el protagonismo del pueblo en el diseño y ejecución de políticas públicas en todas las áreas de gestión, como por ejemplo salud, educación, seguridad, servicios básicos, entre otros, a través de figuras organizativas como Mesas Técnicas, Consejos Comunales, Comunas y demás estructuras orgánicas de la naciente estructura social.

En el año 2013, con la desaparición física del Comandante Hugo Chávez, los ataques se incrementaron de manera exponencial y sistemática. El punto de partida de esta nueva escalada fue la orden ejecutiva emitida el 8 de marzo de 2015 por parte del gobierno de los Estados Unidos, a través de la cual se declara al país y a su gobierno, elegido democráticamente en sufragio universal, directo y secreto, *“una amenaza inusual y extraordinaria”* (US Government, 2015)¹; mecanismo que abre las puertas a todo un andamiaje administrativo y jurídico que le permite al gobierno estadounidense actuar extraterritorialmente bajo un amparo de aparente *“legalidad”*.

¹ La Orden Ejecutiva 13692 del gobierno de Estados Unidos, con fecha de 09 de marzo de 2015, entre otros aspectos, plantea: *“Yo, Barack Obama, Presidente de los Estados Unidos de América, encuentro que la situación en Venezuela, incluyendo la erosión de garantías de Derechos Humanos por parte del gobierno de Venezuela, la persecución de oponentes políticos, la reducción de libertades de prensa, el uso de violencia y la violación de derechos humanos y abusos en respuesta a protestas antigubernamentales, los arrestos arbitrarios y detención de protestantes antigubernamentales, constituye una inusual y extraordinaria amenaza a la seguridad nacional y política internacional de los Estados Unidos de América, y por ende declaro una emergencia nacional para tratar con esta amenaza”* (cursivas propias).

Eso se tradujo en el inicio de acciones dirigidas hacia la producción de condiciones en Venezuela que provocaran la ingobernabilidad, y así propiciar el derrocamiento del gobierno legítimo. Las reiteradas medidas ilegales, unilaterales y coercitivas dan pie a una guerra económica y financiera que se manifiesta con desabastecimiento, hiperinflación inducida, bloqueo financiero que impide la compra al Estado de cualquier insumo necesario para la satisfacción de necesidades básicas como alimentos, medicamentos y para la fabricación y reparación de bienes indispensables para el funcionamiento de fábricas, empresas e instituciones. Pero va más allá.

Lo que hasta ese momento se manejaba como cierta estrategia silenciosa, a partir del año 2013 comienza a mostrarse de forma evidente y descarada. Los venezolanos y venezolanas comienzan a sentir los embates de la Guerra No Convencional sin ningún tipo de contemplación. Es una guerra sin regulación y sin consideración humana alguna, que busca “ganar las mentes y los corazones” de la gente y desencadena la inseguridad personal psicológica (Martín Baró, 1998); estas agresiones contra el pueblo venezolano se enmarcan en las denominadas guerras no convencionales, multidimensionales y de amplio espectro. Definidas en la Circular TC 1801 del Estado Mayor del Departamento del Ejército de los EEUU como:

“los esfuerzos de EEUU con la Guerra No Convencional están dirigidos a explotar las vulnerabilidades psicológicas, económicas, militares y políticas de un país adversario, para desarrollar y sostener las fuerzas de la resistencia y cumplir los objetivos estratégicos de EEUU”.

Mientras tanto, la cancillería venezolana la describe de la siguiente manera (Ministerio del Poder Popular para las Relaciones Exteriores, 2018):

“La extensión de las sanciones hacia el espacio de la economía, y de la actividad financiera y comercial internacional de Venezuela, supone una escalada en la política de hostilidad estadounidense. Esta escalada encuadra perfectamente en el concepto militar que sostiene que una de las primeras tareas en una guerra es cortar los suministros del enemigo”

Angiolillo (2019) amplía y señala que ocho diferentes doctrinas de la Guerra No Convencional se aplican simultáneamente sobre Venezuela, ocasionando un estado de inquietud cognitivo-emocional permanente en el país el cual afecta todas las áreas del desarrollo integral de la nación, el territorio y su población. El ataque internacional, político, económico, financiero, mediático, psicológico y militar que se cierne contra el pueblo venezolano, sin clemencia, ha afectado seriamente el estado de bienestar psicosocial del pueblo venezolano en los últimos años.

De esta forma, se inicia un deterioro progresivo en la estructura social, afectando aspectos psicosociales, económicos, financieros, laborales y cotidianos que permiten crear una sensación de asfixia y empobrecimiento del progresivo y constante bienestar social, así que comienzan a verse afectados seriamente los innumerables logros alcanzados por la Revolución Bolivariana.

De acuerdo con el Ministerio del Poder Popular para las Relaciones Exteriores (2018), las acciones implementadas por los Estados Unidos, en su dimensión económica y financiera, obstaculizan y bloquean el comercio internacional así como las fuentes y mecanismos de financiamiento y crédito. Consecuentemente, se priva al país del acceso a alimentos, medicinas, materias primas y toda una suerte de bienes que resultan imprescindibles para su desarrollo y sostenimiento. Tales mecanismos de agresión, se implementan a través de varias modalidades:

- Bloqueo de cuentas, operaciones financieras y transacciones que impiden o perturban las operaciones internacionales de pago de los compromisos legítimos de la República o de cobro de acreencias que mantienen proveedores internacionales o naciones con Venezuela.
-
- Congelamiento o retención de recursos legítimos pertenecientes a Venezuela en bancos y entidades financieras.
-
- Retraso en la gestión de operaciones de importación y exportación, afectando no sólo al Gobierno y empresas venezolanas, sino a sus socios comerciales extranjeros.

Estas acciones se han venido incrementando al punto de vivir los últimos cinco años bajo un asedio permanente de agresiones internacionales, y con actores nacionales comprometidos con el mismo objetivo destabilizador. Ello ha generado un clima que tiene serios efectos sobre la convivencia, la paz, las actividades económicas y productivas, además, sobre toda la estructura social y la salud psicosocial de las venezolanas y los venezolanos.

En el plano económico, los daños causados son de extrema magnitud, incluyendo por ejemplo la apropiación ilegal de nuestros activos e impidiendo que entren divisas al país y ocasionando pérdidas mil millonarias. Curcio (2020) señala que en un escenario de estimación muy conservador, las pérdidas ocasionadas por las medidas coercitivas unilaterales ascienden a 24.913 millones de dólares hasta la fecha (ver tabla 1).

CONCEPTO	MONTO
Pérdidas por apropiación ilegal de la empresa petrolera y venezolana CITGO	US\$ 11.000 MILLONES
Apropiación ilegal de los activos de CITGO	US\$ 7.000 MILLONES
Fondos retenidos, congelados o confiscados por bancos internacionales	US\$ 5.470 MILLONES
Descenso del valor de los títulos valores en custodia en Euroclear	US\$ 467 MILLONES
Trabas operativas que vienen imponiendo las navieras y los puertos	US\$ 37 MILLONES
Transferencias, consultas de pagos, enmiendas de las transferencias	US\$ 655 MIL
Diferencial cambiario al verse obligada la República a adoptar otras divisas	US\$ 20 MILLONES

Pérdida del bono adquirido a través de Credit Suisse correspondiente a la deuda pública externa	US\$ 264 MILLONES

Total parcial	US\$ 24.913 MILLONES

Fuente: Ministerio del poder popular para las Relaciones Exteriores, 2018.

Tabla 1. Relación de montos perdidos por la República Bolivariana de Venezuela como resultado de las medidas coercitivas unilaterales aplicadas por EEUU

Un caso emblemático de estas perversas medidas, es el del oro venezolano resguardado en el Banco de Londres. Este activo, propiedad indiscutible del Estado venezolano, ha sido descaradamente retenido por dicho Banco, bajo el inaudito argumento según el cual el presidente constitucional de la República Bolivariana de Venezuela es un “presidente interino” ilegal que impuso el gobierno de los Estados Unidos y aceptado por sus pocos aliados en el mundo, entre ellos Inglaterra. Para abril del año 2019, los Fondos de la República Bolivariana de Venezuela, retenidos y confiscados, superan los 5 mil millones de bolívares (Curcio, 2020). El extremo de este verdadero pillaje se hace mucho más evidente cuando la petición del gobierno venezolano de condicionar el retorno de esos activos para enfrentar la pandemia por COVID-19, articulando tales esfuerzos con la propia Organización de Naciones Unidas, fue negada por parte del mismo Banco y de un juzgado inglés.

Tales circunstancias han afectado profundamente la forma de vivir en Venezuela. Las críticas condiciones económicas del país también han obligado a un inmenso número de venezolanos y venezolanas a salir del país buscando mejorar sus condiciones de vida, agregando así un nuevo fenómeno a esta crisis inducida.

En medio de ese escenario, se declara la pandemia del COVID-19 y el gobierno nacional se activó en forma inmediata, presentando el 9 de marzo el Plan Nacional de Vigilancia y Respuesta ante la enfermedad por COVID-19 (Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel, 2020) a través del cual organizaron el despliegue, a

partir del decreto de Estado de Alarma², de un sin número de medidas y acciones con el fin de enfrentarla y preservar la salud de la población. A tales efectos, se avivaron los lazos de amistad y cooperación con las organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con el fin de adquirir los posibles medicamentos e insumos necesarios a través de ayuda humanitaria. Así mismo, se movilizaron mecanismos del Sistema Público de Salud y de las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC), una vez detectado el primer caso

En medio de esta transición social y ante las grandes contradicciones propias del momento histórico, el Colectivo de Psicólogas y Psicólogos por el Socialismo pone en marcha su quehacer práctico orientado al apoyo ante las diferentes circunstancias que nos obligan a cambiar nuestra cotidianidad. En un país acostumbrado a la movilización permanente, a la acción de calle de defensa permanente y a la organización y cooperación social y comunitaria, la cuarentena se asume como una acción de bien común, de protección individual y familiar para proteger a todos y todas. Todo ello se activó con disciplina y en articulación con el Poder Popular desplegado en defensa de la salud, desarrollando un sentido de concientización donde el bien común es un asunto colectivo e individual.

En lo que al quehacer corresponde, desde el Colectivo y como parte de la concepción de la Psicología, se propone trascender las acciones tradicionales de asistencia hacia la promoción del empoderamiento y el rol protagónico y participativo de las ciudadanas y ciudadanos en un diálogo permanente de experiencias y saberes. Esta perspectiva implica una re-significación de las formulaciones científicas dominantes en el campo de la Psicología, especialmente en la Psicología Social y de la Salud, asumiendo la praxis psicológica como un compromiso

²Ver Artículos 337 y 338 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999; y los Artículos 8 y 9 de la Ley Orgánica sobre Estados de Excepción. en el mismo mes de marzo, se implementó la cuarentena social voluntaria para evitar la propagación del virus.

para la formación de la conciencia social en un contexto precisado por una coyuntura geopolítica y sanitaria. Ello sugiere repensar la Psicología, primero desde las maneras de hacer la cotidianidad en sentido colectivo y cómo se forman recursos psicosociales que sirvan al pueblo para afrontar las nuevas formas de convivir.

Así, se inició el trabajo para apoyar las acciones frente a la pandemia, a través de programas audiovisuales desde medios tradicionales, alternativos y comunitarios. Se diseñaron manuales para orientar y apoyar las actividades así como para contribuir con la orientación y canalización de la emocionalidad, el pensamiento y las conductas propias que resultan del confinamiento preventivo a más de 46,000 consejos comunales y 3,500 comunas. Se inició el debate y apoyo para la educación a distancia y otras modalidades en educación inicial, primaria, media general y técnica en momentos cuando las telecomunicaciones han sufrido los embates de la guerra multidimensional y de amplio espectro, lo cual obstaculizaba el desarrollo normal de las comunicaciones. En el ámbito de la Psicología Clínica se orientó la atención a distancia a través de centros de ayuda psicológica de forma gratuita, desde donde profesionales individuales o en grupo estaban dispuestos para resolver cualquier situación de salud mental que pudiese aparecer.

En el transcurso de los primeros dos meses y cuando se había logrado controlar en forma efectiva la propagación masiva del virus y se presentaba uno de los niveles más bajos de contagio y fallecidos, ocurrió una eventualidad compleja. Se inició un retorno masivo de connacionales desde los países vecinos, hasta la fecha más de 80,000 venezolanos y venezolanas han regresado por las fronteras de Colombia y Brasil, llegando también desde Ecuador, Perú y Chile, países donde la pandemia, con sus consecuencias económicas y sociales, obligó a los compatriotas a buscar sus hogares de origen dado que no encontraban la atención requerida en donde residían para el momento. La mayoría de quienes regresaron tuvo que emprender ese camino de retorno bajo duras condiciones, incluso muchos connacionales regresaron evadiendo el cerco sanitario que las autoridades venezolanas habían dispuesto en la frontera. Todo ello aumentó la propagación del virus y generó serias dificultades para la gestión del control de la pandemia, reforzando la creencia de riesgo que se tenía al recibir a los connacionales que regresaban. En ese momento el Colectivo de Psicólogas y Psicólogos por el Socialismo elaboró un protocolo psicosocial para atender a los miles de connacionales en las fronteras que venían con las

consecuencias psico-emocionales del regreso en las condiciones descritas, iniciativa que se integró con el Protocolo Epidemiológico desarrollado por el Gobierno Nacional y al cual se incorporó la dimensión psicosocial.

CARACTERIZACIÓN DEL COLECTIVO DE PSICÓLOGAS Y PSICÓLOGOS POR EL SOCIALISMO

La organización de profesionales de la Psicología se hizo notar ante la pandemia por COVID-19 en la nación venezolana, entre los que ha tenido una sólida participación el Colectivo de Psicólogas y Psicólogos por el Socialismo. El Colectivo surge como respuesta a la inquietud de un grupo de profesionales de la Psicología que, desde sus distintas áreas y enfoques de trabajo, comparten la necesidad de aportar al proceso revolucionario que se adelanta en Venezuela desde el año 1998.

A partir de la militancia en diferentes espacios, con la muerte del líder fundacional de la Revolución Bolivariana, Hugo Chávez Frías, el grupo asume orgánicamente su rol profesional para acompañar al pueblo en el proceso de elaboración del duelo en circunstancias específicas: por un lado, dar la batalla por la preservación de la revolución apoyando la elección presidencial de Nicolás Maduro (abril de 2013) apenas a un mes de la desaparición física del Comandante Chávez, y por la otra, el incremento de los ataques encubiertos de las fuerzas imperialistas que enfrenta y desafía la construcción del Socialismo del Siglo XXI.

Es de destacar que el ejercicio de la profesión en un país asediado por los EEUU, como fue descrito anteriormente, supone la revisión constante, sistemática y permanente del conjunto de elementos socioculturales y económicos que configuran las subjetividades, así como el ejercicio obligado de la reflexión y análisis de las prácticas propias que conduzcan no sólo a expresiones liberadoras de la conciencia sino a construcciones teórico-metodológicas descolonizadoras de la profesión.

Desde ese año 2013, las líneas de actuación del Colectivo se enmarcan en los diferentes frentes de trabajo de sus más de 300 integrantes, que abarcan: el acompañamiento en la construcción del poder popular

mediante los consejos comunales y comunas; el estudio y orientación sobre las condiciones de guerra, en especial de la guerra y operaciones psicológicas; el apoyo psicosocial a poblaciones vulnerables en contextos individuales y comunitarios; la participación en la creación y ejecución de un plan de estudio novedoso para la formación de los nuevos profesionales de la Psicología; el afrontamiento de las constantes rupturas de la cotidianidad que configuran un ejercicio permanente de adaptación y re-adaptación diario, el apoyo en el diseño de políticas públicas elaboradas desde la praxis socio-comunitaria, entre otras problematizaciones derivadas de la coyuntura geopolítica en la que continúa inmersa la patria.

Desde la última semana de marzo hasta la fecha, el papel del Colectivo se ha centrado en brindar orientaciones a la población en general, atendiendo los aspectos de la salud mental como ejercicio pleno y consciente de la afectividad, de las relaciones y de la comunicación de las personas. No sólo se hace el esfuerzo por la significación y re-significación de la condición de pandemia: el miedo, la muerte, la enfermedad, la ansiedad, la incertidumbre, el control, el trabajo en casa, la ruptura de la cotidianidad y los determinantes del sistema en ellos implicados, sino la de los diferentes ataques a la sociedad por parte de los EEUU: ataque al comercio con Irán, constante amenaza de invasión, inicio de la Operación Gedeón, intento de cerco diplomático, incremento de las operaciones psicológicas de guerra, hiperinflación inducida, retiro de la principal proveedora de televisión satelital, entre otras comentadas.

Como parte de la agenda de cooperación y compromiso con la salud del pueblo venezolano, se trabajó en el acompañamiento psicosocial para las organizaciones populares, responsables de la atención en cada comunidad, y para los Puestos de Atención Social Integral (PASI) en zonas fronterizas. Así mismo, las vinculaciones de ayuda se han extendido hacia las instituciones educativas públicas que organizaron y coordinaron el programa *Cada Familia Una Escuela*,³ el cual permitió la continuidad de las actividades escolares desde

³ Ver <http://cadafamiliaunaescuela.fundabit.gob.ve/>

el nivel de Educación Inicial hasta Educación Media General y Técnica, bajo la regulación del Ministerio del Poder Popular para la Educación, y el *Plan Universidad en Casa*, dirigido a la continuidad de la educación universitaria de acuerdo con los lineamientos del Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria; así como a prácticas de atención individual y grupal.

Ante el incremento de contagios comunitarios por la presencia de personas asintomáticas, los colegas comienzan a formar parte de los centros de salud y centros de protección a los asintomáticos para apoyar la condición en que viven las personas afectadas, no presentar síntomas y ser confinados en los centros de protección para evitar la propagación son variables poco comprensibles en el paradigma de la salud actual, donde quien no presenta síntomas no es considerado enfermo, que al ser trasladado fuera de la zona de confort a un centro extraño, se le genera una cantidad de emociones a ser trabajadas, y para ello se dieron orientaciones a ser consideradas en el protocolo de atención sanitaria.

CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD Y DE LA EPIDEMIA EN EL PAÍS.

El sistema de salud en Venezuela es dirigido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPSalud), no obstante existen al menos 300 instituciones públicas o dependientes de fondos públicos que prestan el servicio de salud como el Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS), el Instituto de Prevención y Atención Social del Ministerio de Educación (IPASME), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), instituciones dependientes de gobernaciones y alcaldías, además de diversas fundaciones públicas. Así mismo, se cuenta con más de 3,000 instituciones de salud privadas, tanto para la atención primaria como para hospitalización y atención del IV nivel. La condición de fragmentación del sistema, del que da cuenta un informe de la Organización Panamericana de la Salud (2006), busca ser superada desde la implementación en 2002 de la Misión Barrio Adentro, con el apoyo de Cuba, para la atención en las propias comunidades con énfasis en la prevención y promoción de la salud y con la participación protagónica de las personas de cada localidad.

Basada en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), la construcción del sistema público único de salud, como proceso social, económico y político ha tenido diversidad de obstáculos para su concreción. A partir del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2013-2019, conocido como Plan de la Patria (Ministerio del Poder Popular para la Comunicación e Información, 2013), junto con el incremento de las acciones de guerra y asedio al país (2015), se refuerza la visión de la atención territorializada con la participación comunal, dando cabida a las Áreas de Salud Integrales Comunitaria (ASIC). Así mismo, con la creación y puesta en funcionamiento de la Universidad de Ciencias de la Salud Hugo Chávez (UCS), que ha permitido materializar la formación de personal de salud, ya adelantado con el Programa de Medicina Integral Comunitaria, se conforman los mecanismos para la territorialización de las políticas de salud.

Para la atención sanitaria en el marco de la pandemia se constituyó una Comisión Nacional Presidencial de Atención al COVID-19, así como las respectivas a nivel estatal y municipal. Igualmente, se establecieron *centros centinelas* emplazados en los centros de atención primaria o media para detectar las personas contagiadas que presentaran síntomas y *hospitales centinelas* para la atención y hospitalización de pacientes con síntomas moderados o graves. Simultáneamente se activaron las ASIC y equipos médicos *ad hoc* para el rastreo e identificación de contagios, a partir del reporte de síntomas y criterios epidemiológicos en el Sistema Patria, mecanismo de gestión en línea sistematizada de atención social y de los programas sociales.

Posteriormente, se determinaron los Puntos de Atención Social Integral (PASI) en la frontera para atender a los connacionales, repatriados por causa del inadecuado manejo de la atención sanitaria de la pandemia en países como Colombia, Brasil, Perú, Ecuador, entre otros. Estos centros se instalaron adecuando diferentes estructuras, tales como dispensarios, instituciones educativas y militares y hoteles.

El personal sanitario que labora en los PASI asume la evaluación médica, atención integral, control y aislamiento de las personas que retornan, activando un cerco epidemiológico en los estados fronterizos de Táchira, Zulia, Apure, Amazonas y Bolívar, que abarca 4,418 km de territorio, con el único fin de detener la

propagación del virus. Luego de 14 días de cuarentena, estas personas son trasladadas a los estados donde tienen sus residencias, debiendo mantener el aislamiento por 14 días más en los PASI ubicados en cada región y localidad; después de dicho tiempo pueden incorporarse a sus hogares, conservando estricto apego a los esquemas de flexibilidad que estipule el gobierno nacional.

Apegados a la visión participativa y protagónica, la atención en los PASI se fundamenta en la actuación voluntaria de las comunidades, ya que “La participación comunitaria constituye un elemento esencial en la gestión de las políticas públicas de salud bajo el nuevo paradigma de la democracia protagónica y participativa, condición necesaria para garantizar la construcción de la ciudadanía” (Guevara et al., 2015). A través de ellos, al 26 de agosto de 2020, de los más de 80,000 connacionales recibidos, se ha identificado una proporción de contagio de aproximadamente el 7% al momento del ingreso.

Entre las estrategias epidemiológicas, además de los protocolos médicos establecidos por la OMS, OPS y MPPSalud, como se mencionó anteriormente, se incluye el rastreo de casos mediante la búsqueda activa de los contagiados en sus viviendas a través de una encuesta social elaborada por el Gobierno Nacional, haciendo uso del Sistema Patria en la cual más de 18 millones de personas respondieron y actualizan la información permanentemente, logrando identificar posibles casos, corroborar estados de salud individuales y cercando los posibles focos de contagio; el aislamiento preventivo de casos sospechosos y positivos asintomáticos, el internamiento clínico y tratamiento en centros de salud a quienes presentan síntomas desde leves hasta graves. De igual forma, se incorporan las jornadas de desinfección de espacios públicos en las comunidades con casos positivos y centros de aglomeraciones como mercados, zonas de alto tránsito, entre otras.

Cabe resaltar que para el 20 de agosto de 2020, se reporta el 80% de los contagios vinculados a personas asintomáticas, por lo cual, tempranamente, en mayo de este año, ante la evidencia del incremento de contagios intrafamiliares por transmisores asintomáticos, el gobierno nacional decide el aislamiento en centros especialmente adecuados para tal fin, conformándose los denominados espacios de atención sanitarios: hoteles sanitarios, adecuación de centros deportivos, residencias estudiantiles, y espacios comunitarios de

aprendizaje con capacidad de alojamiento, lo que ameritó orientaciones psicosociales a los afectados y a las comunidades para comprender el fenómeno y actuar desde la solidaridad, la empatía y la disciplina requerida para el control de la pandemia. Así mismo, se constituyeron comisiones para la atención de la pandemia por centros de trabajo que debieron mantener la actividad productiva (energía, alimentación, industria), los cuales asumen el cumplimiento del protocolo establecido por el ente rector y el cuidado en aislamiento de sus trabajadoras y trabajadores asintomáticos.

Diariamente, el Presidente o Vicepresidenta Ejecutiva o Vicepresidente de Comunicación y Turismo, como máximos representantes del gobierno nacional, informa la incidencia, decisiones y medidas sobre la pandemia, de manera que al 26 de agosto, reportan a nivel nacional la existencia de 41,965 casos de contagio, de los cuales el 78,43% (32,913) se encuentran recuperados, mientras que el resto continúa activo, es decir el 21,57% (8,683) son personas positivas al PCR con sintomatología. De estos últimos, se informa la atención del 97,8% en centros públicos (3,430 en Hospitales y 5,064 en CDI), mientras que 189 son atendidos en centros privados. Así mismo, se reseña la sumatoria de 1,723,801 pruebas rápidas realizadas en todo el país, representando una tasa de 57,460 pruebas por millón de habitantes. Finalmente, la tasa de mortalidad que reflejan los datos es menor al 1%, con un total de 351 fallecidos.

A diferencia de los datos mundiales, en Venezuela casi el 96% de los contagios se identifica en menores de 50 años, encontrándose en este momento un incremento de la mortalidad en personas jóvenes. En general, la mortalidad está asociada a condiciones médicas pre-existentes como diabetes, hipertensión y obesidad, entre otras (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2020).

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PSICOLOGÍA EN INSTITUCIONES DE SALUD Y OTRAS.

El ejercicio de la Psicología se encuentra distribuido en varios entes, sin embargo hay presencia mayoritaria en el sector educativo, siendo el principal empleador. La asistencia psicológica se encuentra orgánicamente

establecida en los centros educativos, en algunos centros asistenciales de atención primaria, en algunos hospitales, en servicios médicos y centros de rehabilitación, públicos y privados, en instituciones de atención a la salud mental, en servicios médicos de diferentes instituciones y ministerios, organizaciones especializadas de acuerdo con sus fines competentes, como atención a niñas, niños y adolescentes, atención a víctimas, ingreso de personal, entre otras. El país cuenta, así mismo con atención profesional en consultorios populares de alcaldías y gobernaciones, atención privada en clínicas y centros de salud, así como el libre ejercicio profesional.

Al momento de la realización del presente trabajo, además de la información relativa a la acción del Colectivo de Psicólogas y Psicólogos por el Socialismo, se reseñan las experiencias en otras organizaciones, así como la del Servicio de Psicología Clínica y de la Salud del Hospital Vargas de Caracas, concebido como el primer servicio autónomo de la especialidad en un hospital general funcionando de manera independiente de la psiquiatría (Aldana, 2018).

PARTICIPACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN LAS ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN, PREVENCIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO A TODA LA POBLACIÓN FRENTE A LA COVID-19 POR LAS DIFERENTES VÍAS UTILIZADAS

Desde el Colectivo se hizo el esfuerzo por acompañar las campañas comunicacionales públicas, a través de la participación de sus integrantes en al menos 150 programas de radio, televisión y videos en redes; la publicación de, al menos, 30 artículos difundidos en prensa y por el blog: www.psicologosporelsocialismo.blogspot.com, más de 10 micro-audios de orientación en diferentes áreas y el desarrollo del Programa de Adaptación Proactiva.

Se partió de la importancia de ejercer una comunicación formativa que orientara el sentido de la cuarentena como ejercicio de cuidado colectivo e individual, fomentando el principio del bien común. En esas participaciones se abordaron, entre otros, los siguientes aspectos:

1) Relación familiar en circunstancias difíciles

2) Caracterización de las emociones y su reconocimiento

3) Estrategias de afrontamiento emocional

4) Reflexiones sobre temas como la muerte, el apego, la ira o rabia, el miedo, la tristeza y la angustia

5) Necesidades de adultos mayores y adolescentes

6) Mecanismos personales, familiares y comunitarios para la adaptación

APOYO PSICOSOCIAL EN COMUNIDADES Y FRONTERA

Se buscó el empoderamiento de conceptos y técnicas de apoyo humano con base en la solidaridad y la empatía, reforzando el trabajo de construcción de modos de relación propios que deben asumir quienes están al frente de la atención a la población. Así mismo, se resaltaron aspectos valorados en experiencias previas con la atención a personas en refugios por algún evento natural. Se produjeron tres documentos: *Cuarentena Social: cómo manejar las emociones* y *Recomendaciones psicosociales para la atención en frontera*, éste en dos versiones.

En cuanto a las comunidades se reforzaron varios elementos considerados fundamentales:

1) El manejo de información veraz y confiable

2) La organización del tiempo y establecimiento de rutinas

3) La caracterización de necesidades y acciones diferenciadas por grupos de edad.

4) La solidaridad y empatía como estrategia para enfrentar discriminación por COVID-19.

Con respecto a la atención en frontera, ésta se organizó en función de:

1) La caracterización de la situación como traumática.

2) La identificación de las reacciones afectivas esperables.

3) El manejo de información suficiente y ampliamente difundida.

4) El manejo de estrategias de contención y de escucha activa.

ORIENTACIONES PARA LA EDUCACIÓN

La estrategia se organizó elaborando cinco documentos escritos para adultos en condiciones de padres, representantes o docentes, y ocho micro-audios dirigidos a poblaciones específicas: niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

En ambos tipos de materiales se reforzó:

1) La necesidad de identificar y reconocer los estados afectivos.

2) La importancia de diferenciar entre reacciones usuales y aquellas que nos alertan a la búsqueda de atención profesional.

3) La conveniencia de hacer uso del tiempo en función de la comunicación e integración familiar.

4) El respeto a las características y necesidades de los niños y adolescentes.

5) Lo esencial de la reflexión y auto-observación.

Adicionalmente, en la participación y trabajo con los medios de comunicación, radio y TV, a través de las diferentes entrevistas realizadas a colegas del colectivo, especialmente en las emisoras y canales del estado y comunitarias, se procuró informar sobre:

1) La familia y sus formas de relación.

2) Los mecanismos propios de adaptación de las comunidades.

3) La atención a aspectos del desarrollo de las niñas y los niños.

4) Las características propias de la adolescencia, así como de los adultos mayores y personas dependientes.

5) La diferencia de manifestaciones propias de ansiedad, tristeza y miedo de trastornos de ansiedad, pánico o depresión.

6) Los signos de maltrato y la búsqueda de ayuda necesaria en caso de violencia.

Cabe destacar el trabajo adelantado en toda la República desde el Sistema Nacional de Protección para Niños, Niñas y Adolescentes (SNPNNA) que realizaron al menos tres foro-chats con padres y representantes en cada uno de los 24 estados, durante el período que transcurrió entre abril y julio de 2020. En estos más

de 200 foro-chats, realizados por WhatsApp y Telegram, se abordaron temas diversos, desde la sexualidad hasta las leyes para la protección de la población infantil. El Ministerio del Poder Popular para la Educación (MPPE) diseñó y realizó foros internacionales, nacionales e internos con docentes y psicólogos adscritos a este ente para elaborar tips, micros y cortos audiovisuales a ser transmitidos por los canales de radio y televisión pública.

Se designó un canal de televisión con cobertura nacional para convertirse en el canal de educación a distancia y transmitir el programa *Toda familia una escuela*, que incluye guías y espacios de apoyo socioemocional. Las herramientas utilizadas por el personal se adaptaron a la diversidad geográfica nacional. Nacieron las propuestas de la canoa escolar, el correo escolar en las comunidades más distantes para acompañar y guiar los contenidos curriculares. Es importante resaltar que el Programa de Alimentación Escolar (PAE), que provee de alimentos a integrantes de la comunidad escolar, se mantuvo activo desde la misma semana de decreto de alarma nacional, proporcionando desayuno y almuerzo “para llevar” a través de un procedimiento que consistió en recoger los envases de los padres y/o representantes, ser llenados y entregados en zonas centrales del área de ubicación de la escuela. A las mujeres responsables de las cocinas, denominadas “madres procesadoras” se les consideró, con orientaciones de atención, como primera línea de trabajo, pese a la cuarentena. A este personal se le apoyó con grupos virtuales y presenciales de apoyo socioemocional.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

A LA POBLACIÓN GENERAL

El esfuerzo por el acompañamiento psicológico a la población en general se orientó, desde lo institucional, en la difusión de información, orientaciones y recomendaciones; en la organización de grupos virtuales, haciendo uso de herramientas como WhatsApp, líneas telefónicas, sesiones virtuales. El diseño de un Manual de Orientación Comunitaria para 46,000 consejos comunales y 3,500 comunas a través del sistema regional

del Ministerio del Poder Popular para las Comunas y Movimiento Sociales. Este manual proporcionaba líneas gruesas de acción dirigidas a los responsables de calle, movimientos sociales y organizaciones sociales activas en el territorio para prevenir y apoyar las actividades dentro de casa, atendiendo especialmente los efectos psicosociales de la cuarentena.

Adicionalmente, algunos trabajos fueron llevados a cabo por diferentes grupos y organizaciones, como:

1) ONGs que incluyen organizaciones religiosas y movimiento sociales (Equipo de Formación, Investigación y Publicación de Venezuela -EFIPV-, Psicólogos Sin Fronteras, Iglesia Cristiana, Araña Feminista, Tinta Violeta, MUDERES).

2) Gremios, a través de los colegios y federaciones (Federación de Psicólogos de Venezuela, Colegio de Psicólogos de diferentes estados, Sociedad Venezolana de Psiquiatría, Asociación Psicoanalítica de Caracas, entre otras).

3) Instituciones educativas que organizaron a sus profesionales para atender a sus respectivas poblaciones (Ministerio del Poder Popular para la Educación, Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria, Secretarías de Educación de las Gobernaciones, por ejemplo, en estados Miranda y Sucre, Universidades e instituciones de educación universitaria).

4) Equipos de trabajo, de existencia previa o creados para tal fin (ALAME, Escuela de Psicología de algunas universidades) que se abocaron a prestar asistencia remota.

La característica común a todos ellos fue:

1) La conformación emergente, con más o menos experiencia, de los equipos en atención de emergencia.

2) La atención mediada por la tecnología de la información y comunicación, como: telefonía, WhatsApp, Telegram, Zoom, correo electrónico.

3) La atención individualizada o en grupos de entre 10 y 30 personas, con uno o dos facilitadores por grupo.

4) La participación voluntaria de los profesionales.

5) La gratuidad de los grupos virtuales y de un número específico de consultas por persona (entre 2 y 5).

5) La temporalidad de los grupos virtuales, entre 4 y 8 semanas.

6) El establecimiento de un horario de atención.

7) La difusión de su existencia por redes y medios de comunicación.

De las experiencias indagadas, se reflejan las siguientes:

a) La Línea Esperanza, programa de atención psicológica online que inició el 4 de junio de 2020, creado desde la Isla de Margarita, Estado Nueva Esparta, por el Dr. Norbey Rodríguez, Presidente de la Confraternidad de Pastores y Ministros del Estado Nueva Esparta y coordinado desde sus inicios por la Psicóloga Clínica venezolana María Alejandra Pérez. Es llevada por psicólogos y psiquiatras cristianos de Iberoamérica, aunque la mayoría del equipo lo conforman venezolanos y venezolanas, donde se brinda apoyo en el restablecimiento de la salud mental a aquellas personas que necesitan orientación y acompañamiento emocional. Al tratarse de una atención online, los servicios se extienden a cualquier parte del mundo, ya que el contacto se establece por llamadas telefónicas o redes sociales

con video-llamadas. Cuenta con el apoyo de la Fundación Oxígeno y diversas organizaciones sociales vinculadas al cuidado de la salud mental. En la actualidad, se han atendido 115 solicitudes que provienen tanto de la página web de la línea como de la solicitud directa al número de teléfono de la coordinación.

Un 70% de las solicitudes proviene de los distintos estados de Venezuela, el restante 30% son solicitudes de Colombia, Chile, España, Perú, México y República Dominicana, en un gran porcentaje de venezolanos o venezolanas residenciados en esos países. Los motivos de consulta en un 45% se distribuyen en cuadros ansiosos y depresivos surgidos en el contexto de la pandemia y por efectos de la incertidumbre generada por el confinamiento y la disminución de la actividad, con consecuencias en las áreas económicas, laborales y familiares. Un 35% de solicitudes se genera debido a la reactivación de cuadros clínicos anteriores, previos a la pandemia, en el que el estado de resguardo en casa, que implica mayor tiempo para detenerse a pensar en situaciones no resueltas, duelos inconclusos y procesos no cerrados, lleva a la persona a presentar en ocasiones, una intensificación de los síntomas previos o en remisión. Un 16% de los motivos de consulta se centra en la intensificación de los conflictos familiares debido a la permanencia de todos en el hogar y un 4% piden atención para algún familiar con un cuadro psicótico que requiere medicación.

Las mujeres han solicitado el 77% de las consultas online y el 23% han sido hombres. El 80% de la atención es solicitado por personas que se declaran cristianos o cristianas aunque esta es una línea abierta a cualquiera que requiera el servicio (M. A. Pérez, comunicación personal, 15 agosto de 2020).

b) La Federación de Psicólogos de Venezuela (FVP) en su página web www.fvp.org.ve indica que ésta y los Colegios de Psicólogos de los Estados: Lara, Nueva Esparta y Trujillo, han reactivado la Atención Psicológica de manera remota, por teléfono e internet para las personas que requieran atención psicológica "no inmediata". Agregan que esta actividad está enmarcada en el programa de Apoyo Psicológico de la FPV, orientado a prestar primeros auxilios psicológicos con la finalidad de contribuir

a restablecer el equilibrio emocional de los afectados. Es un servicio sin costo, gracias al voluntariado de los agremiados y de los colegios de psicólogos del país como contribución a la salud psicológica de los venezolanos en tiempos de la COVID-19.

c) La ONG, Psicólogos Sin Fronteras Venezuela, presta asistencia psicosocial a personas en crisis y duelos por diversas causas que necesiten apoyo psicológico para recuperar su estabilidad emocional. En el contexto de la cuarentena, estos profesionales han atendido por vía telefónica entre marzo y julio más de 2,300 citas y han ofrecido foros y conversatorios sobre el tema de la COVID-19 por las redes sociales (Parada, comunicación personal, 14 de agosto de 2020).

EXPERIENCIA DESDE LA CLÍNICA

La cuarentena se ha presentado como un brusco cambio en la vida que hace aplazar muchas actividades al priorizar el miedo a la enfermedad y a la muerte. Cuando se habla de gente sana que se resguarda preventivamente en sus casas y aun cuando se ha dicho muchas cosas sobre lo que produce la cuarentena, la realidad es que produce consecuencias tan diversas que a veces resultan contradictorias; lo cierto es que las consultas de los psicólogos clínicos han aumentado considerablemente, aunque dichas consultas sean por causas muy diversas.

Entre las quejas frecuentes están los trastornos del sueño, dificultad para dormir toda la noche, aunque algunos se quejan de pesadillas, pasar el día improductivo, comunicando y recibiendo noticias a través de los diferentes medios electrónicos, para terminar el día con angustia y una gran sensación de cansancio; fue algo que pasó especialmente en los primeros días. Sensación de ocio, de vacío, de aburrimiento, de no saber qué hacer, es algo que sintió la mayoría y logró disipar por diferentes vías. Un cambio en el horario y en la percepción del tiempo fue experimentado por algunas personas, sintiendo alternativamente que se tiene mucho tiempo para después sentir que se va el tiempo muy de prisa. La cuarentena ha servido para

agudizar los conflictos ya existentes, para verlos y para no poder huir de ellos al disminuir las posibilidades de *acting out* frente las angustias que no se quieren sentir y reconocer y también, al estar limitado el trabajo que permite disociarse de los problemas y buscar salida por la vía de la sublimación.

Por otra parte, la cuarentena ha dado oportunidad para que algunas personas desarrollen su creatividad al disponer de más tiempo del que tenían antes. De esta manera se intercambian más recetas de cocina, se sacan más fotos, se hacen videos, la dificultad económica hace que se inventen “emprendimientos” para obtener algún ingreso, hay quienes dibujan y hacen cerámicas, quienes escriben cuentos o crónicas. Es decir, que la cuarentena acentúa lo latente en las personas y pone a prueba su equilibrio psíquico. Podría decirse que es como un cristal de aumento que muestra de manera más evidente, las habilidades y los conflictos.

Los problemas más frecuentes de estar en cuarentena en la propia casa, se relacionan con el hecho de una convivencia de 24 horas con otras personas donde cada una puede sentirse invadida en su espacio por los otros, esto sucede más en la medida en que la vivienda es más pequeña y el número de habitantes es más numeroso, se requiere entonces un mayor control para tolerar la frustración y no producir conflictos. La convivencia con personas que tienen dificultad para controlar los impulsos agresivos, ha producido el aumento de casos de violencia hacia la mujer y maltrato infantil.

La suspensión de las clases y el trabajo a distancia o teletrabajo de los padres, pone a estos últimos en la difícil situación de trabajar y cuidar niños pequeños que requieren vigilancia y demandan atención, cuando el niño tiene que estar en un espacio reducido sin poder usar los recursos de un parque o sencillamente asistir a la escuela como parte de su vida cotidiana. Para los adolescentes la cuarentena significa sufrir aislamiento, en los momentos en que lo más importante es el grupo de pares, para aprender a socializar fuera del hogar y para iniciar la búsqueda de pareja. Esto los acerca a la adicción a las pantallas, entre otras adicciones.

Entre adultos, uno de los problemas es el ocio y la parálisis, los que no pueden resolver la disminución de las actividades de una manera creativa, se enfrentan al vacío que facilita la ingesta de alcohol y otras drogas

y el uso excesivo de los juegos electrónicos o a pasar todo el tiempo con el teléfono en la mano. Las redes sociales que a veces dan buenos consejos, en otras ocasiones manipulan con noticias falsas, y producen angustia por un posible contagio y el miedo a la muerte. Todo el que recibe una noticia que lo preocupa, la transmite, a veces sin examinar su veracidad, pero la transmite para aliviar su angustia, angustiando a otro que a su vez hace lo mismo. El resultado es que la angustia rueda como una bola de nieve que en la medida en que más se transmite, se hace más grande y llega a más gente.

LA ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA A DISTANCIA

Se refiere tanto a la continuación de tratamientos psicoterapéuticos que se iniciaron antes de la cuarentena, con el encuadre presencial y que se continúan ahora a distancia, como los que consultan durante la cuarentena y siempre fueron atendidos a distancia. Los tratamientos psicológicos a distancia no son nuevos ni empiezan con la cuarentena, comenzaron hace casi 20 años atrás, pero es en los últimos años cuando se ha incrementado su práctica.

El problema es que el tratamiento a distancia requiere de ciertos recursos que no todo el mundo tiene, es indispensable por lo menos un teléfono y un lugar con privacidad. Los recursos escogidos más usados en psicoterapia individual son el teléfono fijo, el teléfono celular, en el cual se utilizan herramientas como Skype y WhatsApp, entre otras, cuyo uso dependen de una buena conexión a internet. La privacidad es a veces el punto más exigente, puesto que se requiere de una habitación cerrada que a veces es sustituida por irse al automóvil o a un lugar público, como una plaza o un parque. Por estos requisitos es más frecuente que el tratamiento a distancia sea usado por la clase media o clases más favorecidas.

Psicoterapeutas consultados reportaron que algunos casos que estaban en tratamientos psicoterapéuticos se negaron a pasar al trabajo a distancia, sobre todo por el problema de no encontrar la suficiente privacidad para hacerlo, aun cuando se puede sospechar que otras razones más personales puede influir en

esta negativa; sin embargo la mayoría de las personas aceptaron el cambio a trabajar a distancia. Desde el primer momento, casi todos los pacientes que asistían al consultorio solicitaron continuar el trabajo y su proceso analítico por vía telefónica o por medio de alguna de las plataformas accesibles, dependiendo de las posibilidades de carácter tecnológico de cada quien.

El trabajo a distancia al igual que el trabajo en el consultorio, puede tener diferentes modalidades: puede ser un tratamiento largo o un tratamiento corto de intervención en crisis. Puede tratarse de alguien con quien se trabajó antes de manera presencial o alguien que no se conocía antes. El tratamiento a distancia es siempre productivo y produce beneficios al que lo recibe.

Durante los primeros días de la cuarentena, la totalidad de las personas tocaron el tema de la pandemia, lo que hacía para el que escucha algo pesado puesto que ese tema era también movilizador de angustia para el terapeuta; pero contenidas esa primeras angustias, los temas fueron cada vez más personalizados aunque el tema de la cuarentena, el peligro del contagio y de muerte no han dejado de estar presentes.

Se observó así mismo que quienes tenían tiempo en un proceso terapéutico, continuaron con su trabajo personal. Alguna que otra mención a la situación de cuarentena, más allá de cierta inquietud por el futuro, algo del asunto económico, qué hacer con los niños, su inquietud y sus demandas. Pero estas preocupaciones eran secundarias a su trabajo personal e individual. Quienes están mejor preparados para enfrentar la incertidumbre, la posibilidad de la muerte, son quienes han abordado estos temas a lo largo de su proceso, y por tanto hay un grado de conciencia mayor en relación con las determinaciones de la realidad. También una conciencia histórica y social para darse cuenta donde "están parados". Hay un tiempo para el placer y la alegría.

Quienes han solicitado consulta pero no han tenido trabajo terapéutico antes, o si lo tuvieron fue hace tiempo y breve, la consulta la hacen por la angustia ante la incertidumbre, el aumento de la irritabilidad y la tensión en las relaciones interpersonales, lo que pone de manifiesto la diferencia del afrontamiento debido

a las condiciones materiales de vida. Lo más frecuente son quejas respecto a la pérdida de sueño, arreglársela con los niños y sus inquietudes y la necesidad de atender tareas de la casa, muchas veces trabajo *on-line* y la división de tareas del hogar. Seguramente son situaciones que ya estaban, pero que la situación de confinamiento las puso sobre la mesa.

El abordaje consiste en encontrar que las personas descubran que hay detrás de esas quejas, dolencias, irritabilidad, etc. Siempre hay temor a la muerte, a la incertidumbre del futuro; por lo cual, elaborar el miedo puede ser un objetivo. No se plantea la posibilidad de que estas personas se decidan por un proceso analítico. Se trata de un acercamiento tipo apoyo o soporte emocional.

La atención a niñas y niños ha sido infrecuente, sin embargo se encuentra que la atención *on-line* se hace muy difícil de sostener. Entre otras cosas, es complicado atenderles sin la presencia de los padres. En los casos vistos, se encontró un niño, de 10 años, con dificultad por la discontinuidad de su práctica deportiva; niñas de 4 y 7 años, preocupadas por asistir a más peleas entre los padres, y en la mayor había claramente una inquietud sobre la muerte.

La posibilidad de mantener los tratamientos de las personas en psicoterapia, así como la posibilidad de abrir un espacio al que está urgido de atención psicológica, ha sido un recurso importante en esta cuarentena.

A PACIENTES INTERNADOS (CENTROS DE AISLAMIENTO PARA SOSPECHOSOS)

El contacto humano lo necesitan todos, se vive en sociedad porque la condición gregaria, estar aislado aunque las condiciones materiales sean buenas, produce malestar. Como profesionales de la Psicología, el deber es ocuparse de estudiar el tema y la manera de aliviar esas angustias que produce el aislamiento e indagar cómo prevenirlas y abordarlas.

La información referida por personas que trabajan en centros de salud refleja que estos pacientes tienen mucha necesidad de ser escuchados, en ocasiones recargan al médico tratante hablándole de sus angustias y tratando de retenerlo para seguir acompañados. En Venezuela, la formación excesivamente medicalizada de los profesionales de la salud tiene como consecuencia que dichos profesionales evadan o nieguen la angustia de los pacientes, aunque se sobrecargan con ella.

En el reporte obtenido, la angustia de las personas sanas aisladas en dichos centros se expresa como una sensación de “secuestro”, temor a enfermarse y morir sin ver a la familia, preocupación por el cuidado de hijos y personas o animales dependientes. En la mayoría de los casos, la escucha activa y la entrega de información confiable permite el alivio del malestar, acompañado de técnicas de relajación por su comprobada efectividad (Almaguer, Gutiérrez y Zaldívar, 2020), así como la generación de orientaciones para la organización del tiempo de aislamiento.

EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD DEL HOSPITAL VARGAS “DRA. ANA MOLINA PERALTA”

Desde la declaración del Estado de Alarma, en marzo del 2020, el servicio se mantiene en funcionamiento, adaptando la organización de la atención de acuerdo con la evolución de los contagios, como se reporta en diferentes estudios (Inchausti et al., 2020). El Servicio cuenta con seis unidades de atención que incluyen Diagnóstico y Peritaje Psicológico; Orientación, Modificación Conductual y Rehabilitación; Psicología Clínica y de la Salud Comunitaria; Psicología Sexológica y de Pareja; Psicología Clínica y de la Salud Infanto-Juvenil y Neuropsicología. En estos momentos, los 11 profesionales adscritos al servicio se encuentran avocados a la atención infanto-juvenil, de pareja y clínica.

Inicialmente se estableció una reducción en las consultas así como la organización de las mismas por hora para evitar las aglomeraciones, estableciendo guardias presenciales con dos profesionales diarios y atención

a distancia vía telefónica y redes sociales, como Instagram y Facebook. Como parte de la política institucional, se ha mantenido la atención presencial, organizada de acuerdo con un entrenamiento recibido y sus propios protocolos que incluyen la disminución de la consulta, el cumplimiento de un horario de citas y las medidas de bioseguridad.

En el mes de marzo se empezó la atención a familiares de pacientes con COVID-19 que evidenciaban trastornos de pánico ante la posibilidad de contagio, enfermedad y muerte. Luego, se evidenció la presencia de otros trastornos asociados a la ansiedad y depresión. Más recientemente, empezaron a aflorar, por la situación de cuarentena, alteraciones relacionadas con la violencia, que incluyen violencia hacia las mujeres, los niños, los ancianos e incluso, hacia las mascotas; así como un aumento de las consultas por problemas de pareja.

Para el mes de mayo, se reportan procesos de duelo complicado producidos por la experiencia de muertes abruptas, a pesar de que en el hospital se ha implementado algo que denominan “peceras”, espacios que permiten visualizar al paciente y facilita a los familiares ver y acompañarles. Sin embargo, los procesos de duelo se complican ya que no se tiene la posibilidad de la despedida o de llevar a cabo los ritos culturales que permiten el procesamiento de la muerte, en especial cuando se ha incrementado en personas menores de 50 años, quienes fallecen por causa de la COVID-19.

En el personal de salud se evidenciaron situaciones de ansiedad por miedo al contagio, estrés relacionado con la adopción de las medidas de protección y, tempranamente, síndrome de *burnout* o desgaste. Así mismo, resalta la situación con la dificultad del personal de salud para el manejo de la angustia del paciente, que no es algo sobre lo cual están entrenados y suelen cargarse con ella.

La atención se ha realizado utilizando estrategias de primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis y psicoterapia breve, haciendo énfasis en técnicas cognitivas conductuales y en lo que se denomina psico-educación, con orientaciones específicas, pues a pesar de toda la difusión mediática hay quienes

desconocen cómo manejar la situación. En esta última línea de intervención, se desarrollan talleres y organizan foros y conferencias a través de las redes sociales, mediante la cuenta de Instagram @psicologiahospitalvargas, realizando transmisiones en vivo.

Otro aspecto que resalta durante la pandemia, es que se está en presencia de una mayor necesidad y búsqueda de la atención y ayuda psicológica, diferente a la evidenciada en otras circunstancias. En esta coyuntura también se evidencia una importante presencia de intervenciones psicológicas conducidas por no profesionales como "intrusismo profesional", con técnicas de coaching y psicoterapia que al final no resuelven la necesidad psicológica por la cual las personas buscan la atención profesional. En cuanto a la multiplicidad de ofertas de atención en línea y a distancia desarrolladas por diferentes instituciones, cabe resaltar que después de cuatro sesiones, las personas son derivadas a los servicios de psicología del hospital, ya que el nivel de sufrimiento es alto y la atención a los duelos complicados, a la ansiedad y a la violencia que se presenta, amerita de un profesionalismo que no disponen muchas de las personas que participan voluntariamente en tales iniciativas.

ESTRATEGIAS O PROGRAMAS PARA EL PERÍODO POST-PANDEMIA

La post pandemia se ve como un punto lejano en el camino que aún falta por recorrer ante el carácter virulento de la COVID-19. Lo que si no es una utopía, es que al llegar ese momento los profesionales de la Psicología deben haber dado unos cuantos pasos adelante, mediante estrategias que faciliten la producción y comprensión de ese nuevo orden mundial, pero también del orden local, colectivo e individual que supone convivir con las consecuencias de la pandemia. Estas consecuencias se dejan ver claramente en el plano psicosocial y en la estructura socio-política de las naciones que albergan los pueblos del mundo; sin embargo la situación en Venezuela se traduce en una coyuntura que ha venido confrontando el pueblo acompañado de las orientaciones de sus gobernantes, la cual ha hecho más dificultosa la confrontación de la pandemia.

Los momentos de post-pandemia demandan una apertura de la psicología a la trans-disciplinariedad, traducida en la comprensión de diversas aristas de la situación sanitaria orientadas a fortalecer la promoción del desarrollo psicológico de las colectividades y las individualidades desde una perspectiva interpretativa capaz de integrar análisis coyunturales para el abordaje psicológico clínico, educativo, social y comunitario en los diferentes escenarios cotidianos. La reflexión aquí planteada conduce a pensar que es necesario examinar permanentemente la situación nacional y regional en sus diferentes perspectivas, asumir los hechos como factores que determinan la salud mental de un pueblo acostumbrado a vivir en relación y en una dinámica productiva que ha sido afectada tanto por la pandemia, como es el caso de los pueblos del mundo, y por la coyuntura geopolítica que atraviesa Venezuela, particularmente.

Es menester idear una línea de *formación psicológica* para la organización y desarrollo de otros patrones de convivencia y relación en el contexto de la emergencia de una “nueva normalidad”, dirigida especialmente a los diferentes profesionales del campo de la salud mental, asumiéndolos como actores claves para el desarrollo de una estrategia de integración e inclusión social en tiempos de post pandemia. Esta línea estratégica busca fortalecer la percepción e interpretación psicológica de las consecuencias provocadas por las situaciones coyunturales y la pandemia en el ser venezolano, centrándose en las determinaciones que ésta produce en la motivación, desempeño, ajuste y confrontación de los escenarios sociales, laborales, políticos y culturales que están por venir al cabo del tiempo donde la propagación del virus sea eficientemente controlada; sin dudas, esta propuesta estratégica implica la orientación de procesos psicológicos individuales, grupales y sociales de acuerdo a las demandas que sea necesario atender.

También es fundamental consolidar una *red comunitaria de atención psicosocial*, la cual ya ha visto luz en medio del curso de la pandemia y ahora requiere una sistematicidad organizativa para su funcionamiento en los diferentes espacios cotidianos. Ideal sería que cada parroquia contara con, al menos, un psicólogo o psicóloga para brindar atención profesional a las personas de determinadas comunidades de modo que se fortalezca la convivencia comunal y se facilite la participación en un plan comunal post pandemia. La conformación de una red comunitaria de atención psicosocial debe surgir de la participación de las universidades,

centros asistenciales, profesionales voluntarios y del poder popular, en virtud de garantizar que la visión de la atención se centre en la perspectiva social y comunitaria de la interpretación clínica de la psicología, a la vez que promueva la consolidación de redes de apoyo para garantizar la seguridad integral de la nación en momentos de doble coyuntura.

El éxito de estas propuestas estratégicas, bien puede concretarse en un plan o programa direccionado por el ejecutivo nacional, no obstante depende de la *formación en Psicología Clínica comunitaria y Psicología comunitaria participativa* que las acciones a emprender sean consonantes con las demandas sociales para optimizar la salud mental del pueblo venezolano. En este sentido, pensar en una formación sobre las áreas psicológicas referidas supone articular esfuerzos entre profesores e investigadores universitarios e institucionales, así como de profesionales dedicados al ejercicio laboral en estos ámbitos y, especialmente, es medular contar con la participación de estudiantes de psicología, quienes como colectivo emprendan el camino de indagación y producción de saberes sobre aspectos vinculados con la Psicología Social de la salud, la Psicología de emergencias y desastres, Psicología de los procesos sociales del trabajo, entre otras, las cuales permitan crear nodos de acompañamiento psicosocial en una red comunitaria psicosocial para la planificación de la vida cotidiana en la post pandemia.

Finalmente, es importante mantener sostenidamente la atención psicosocial a distancia y presencial durante y después de la pandemia, con el propósito de continuar apoyando a las personas que lo demanden y a la vez se pueda recopilar información necesaria para *cartografiar las características psicológicas del venezolano ante el COVID-19*. Con base en tales hallazgos la formulación de manuales de orientación para la atención psicosocial en tiempos de pandemia se haría de manera más localizada y contextualizada, es decir, que se contaría con insumos teóricos y metodológicos para facilitar el acompañamiento psicológico del pueblo venezolano en medio de la coyuntura geopolítica y pandémica. De estos hallazgos se puede obtener elementos claves que reorienten y re-signifiquen la praxis psicológica en Venezuela, especialmente si el enfoque asumido para una práctica psicológica clínica comunitaria y participativa se centra en la idea de promover la salud mental de un pueblo que ha vivido asediado por casi 10 años desde una perspectiva

neocolonial y liberadora de la Psicología, lo cual supone volver la mirada a las raíces históricas y culturales de la dominación y la sub-alternación a la que fuimos sometidos como pueblo nuestro-americano.

Los desafíos de la post pandemia se constituyen en un problema estratégico de capital importancia y que, sin duda, redundará en la re-significación de las dinámicas del aparato productivo nacional, una vez que se garanticen la existencia y el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad para el resguardo de la población. Este es el contexto al que debe enfrentar la ciencia psicológica, a través del ejercicio reflexivo y crítico de la profesión, para resguardar, acompañar y fortalecer el bienestar psicológico, emocional y comportamental del pueblo que es objeto de su praxis cotidiana. El compromiso ético, profesional y humano es preponderante en momentos de necesaria planificación y orientación de programas, planes y proyectos conducentes a la promoción de la salud mental y el bienestar psicológico como política pública nacional, con el fin de establecer la acción estratégica psicológica como un encargo social del poder popular en momentos coyunturales.

LOS CAMINOS POR ANDAR

Cuando pensamos en investigación, pensamos en metodologías y éstas nos conducen a los métodos, a buscar el camino que debemos andar para alcanzar la claridad sobre una situación específica. Este trabajo, recopilado por el Colectivo de Psicólogos y Psicólogas por el Socialismo de la República Bolivariana de Venezuela, informa del camino recorrido hasta la actualidad desde que se decretara el Estado de Alarma en la nación por la aparición de los primeros casos de COVID-19. Aún falta mucho camino por andar, y con respecto a ello recapitulamos en este último apartado.

La práctica psicológica en el campo de la salud mental desarrollada en tiempos de pandemia, constituye la génesis del camino metodológico recorrido por los profesionales venezolanos, quienes han librado no sólo los desafíos planteados por el ejercicio profesional a distancia, sino que han confrontado los retos de

la tele-atención de personas a través de un medio que implica una forma diferente de relacionarse en el momento terapéutico. En este contexto se han producido problematizaciones y metodologías orientadas a reconstruir la práctica psicológica convencional, creando formas, maneras y enfoques de hacer Psicología centrada en las necesidades de las personas que buscan la ayuda profesional, incluso algunos colegas se han dedicado a reelaborar sus enfoques teóricos sobre la psicología vislumbrando la necesidad de un porvenir integrador y colectivo-comunitario.

Por tanto, es importante considerar que se cuenta con una cartografía del ejercicio de la Psicología venezolana en el marco de la pandemia por COVID-19 realizado a partir del testimonio de los profesionales de instituciones públicas y privadas, el cual devela aspectos claves relacionados con la asistencia terapéutica, orientación psicológica, producción de recursos para la orientación psicológica, formación de psicólogos para la atención en el contexto pandémico, orientación psicológica en educación en sus distintos niveles y modalidades del sistema educativo nacional, así como en el apoyo psicológico en comunidades y la difusión de información de apoyo psicológico en medios de comunicación nacionales e internacional. Así mismo, se evidencia la armonía entre los propósitos determinados por el Estado venezolano y la práctica psicológica en virtud de salvaguardar la salud mental del pueblo venezolano sometido a agentes estresores como la pandemia y la coyuntura geopolítica producida por la injerencia estadounidense en la estabilidad democrática nacional.

Aun así, queda camino por andar. Actualmente, experimentamos una serie de transformaciones sociales producto de la aproximación sucesiva a un contexto de normalidad relativa que amerita el consenso popular para el mantenimiento de la salud integral de todos, sobre todo porque apostamos a consolidar la matriz psicológica de que el bienestar psicosocial es un asunto colectivo y una tarea del pueblo como una unidad histórica y orgánica. Ante este escenario es importante trazar una agenda de investigación enlazada a la participación protagónica del poder popular, y orientada a develar indicios para planificar la praxis psicológica en lo que queda de cuarentena y en tiempo de post pandemia por venir. A saber, es importante indagar sobre:

1) Modelos de acompañamiento psicológico durante la pandemia por COVID-19 en Venezuela, incorporando aspectos vinculados con la perspectiva de la profesión en situaciones de emergencia y desastres.

2) Retos y desafíos de la atención psicológica a distancia, enfatizando en aspectos relevantes como el encuadre, efectividad, atención infanto-juvenil.

3) Enfoques, teorías y modelos de la psicología clínica comunitaria como mecanismo de promoción, prevención y acompañamiento psicológico en situaciones de emergencia y desastres, específicamente en lo concerniente a la experiencia venezolana en el marco de la pandemia por COVID-19.

4) Procesos y recursos psicosociales de la población venezolana en el contexto de la pandemia por COVID-19, perspectivas y proyecciones.

5) Participación popular en la formación de redes comunitarias de atención psicológica.

6) Formación profesional de psicólogos y psicólogas para actuar en situaciones de emergencia y desastres. Estudios de casos relacionados con el COVID-19.

7) Cartografía psicosocial de la población venezolana y del ejercicio profesional de la psicología en tiempos de COVID-19. Modelos emergentes, críticas y reflexiones. Aportes a la psicología de la salud en Latinoamérica.

8) Caracterización de la psicología de la salud en Venezuela ante la pandemia por COVID-19.

REFERENCIAS

Aldana, G. (2018). La Psicología de la Salud en Venezuela: creación del primer servicio psicológico autónomo hospitalario. *Integración Académica en Psicología*, 6 (16), 20-31. Recuperado de: <http://integracion-academica.org/attachments/article/186/02%20Psicologia%20Salud%20Venezuela%20-%20GEAldana.pdf>

Almaguer, A.; Gutiérrez, A. y Zaldivar, E. (2020). Management of health personnel' psychological safety, in emergency situations by COVID-19 in the hospitable or isolation context. Preprint/Version 1. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.252>

Angiolillo, P. (2019). Guerra Multidimensional de Amplio Espectro Contra la República Bolivariana de Venezuela. Un Modelo de Defensa Integral en la Dimensión Geopolítica. *Centro de Estudios Estratégicos. Instituto de Altos Estudios de Seguridad de la Nación*. Junio 2019.

Curcio, P. (2020). Impacto de la guerra económica contra el pueblo de Venezuela al 2019. Observatorio de los Trabajadores. Recuperado de: <https://observatoriodetrabajadores.files.wordpress.com/2020/07/impacto-de-la-guerra-economica-contra-el-pueblo-de-venezuela-al-2019.pdf>

Estado Mayor del Departamento del Ejército de los EEUU. (2010). La guerra no convencional. Fuerzas Especiales. Circular TC 1801. Recuperado de: http://www.cubadefensa.cu/sites/default/files/circular_TC1801.pdf

Guevara, P.; Abreu, M.; Vásquez, Y., Valdés, J.R., y López, R. (2015). Experiencias sobre salud comunitaria y familiar: primera cohorte de la formación de médicos en Venezuela. *EDUMECENTRO*, 7(4), 86-97. Recuperado de: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ExperienciasSobreSaludComunitariaYFamiliar-5204043.pdf>

Inchausti, F., García, N.; Prado, J. y Sánchez, S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*, 31(2), 105-107. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a11>

Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel. (2020). Plan Nacional de Vigilancia y Respuesta ante Enfermedad por COVID-19. Recuperado de: http://www.inhrr.gob.ve/portal_2020/plan_nacional_vigilancia_COVID_19.php

Martín-Baró, I. (1998). *Psicología de la liberación*. Edición, introducción y notas a cargo de Amalio Blanco. Epilogo de Noam Chomsky. Madrid: Editorial Trotta.

Ministerio del Poder Popular para la Comunicación e Información (2013) Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2013-2019. Caracas: Ediciones MINCI.

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2020) Boletín COVID-19. Recuperado de: <http://www.mpps.gob.ve/>

Ministerio del Poder Popular para las Relaciones Exteriores. (2018). Sanciones y bloqueo. Crimen de lesa humanidad contra Venezuela. Recuperado de: http://mppre.gob.ve/wp-content/uploads/2018/10/Reporte_Venezuela_Sanciones.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2020). 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. Recuperado de: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>

Organización Panamericana de la Salud. (2006). Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela, 2007-2010. Recuperado de: <https://www.who.int/countries/ven/es/>



Se agradece el aporte financiero de la OPS/OMS en Cuba para la edición y diseño de la publicación "LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ENFRENTAMIENTO A LA COVID-19 EN AMÉRICA LATINA".

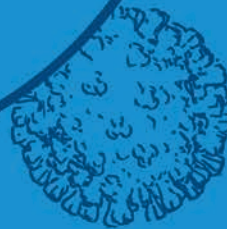
OPS



Organización Panamericana de la Salud



Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



αλαψα

Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud

cedem

Centro de Estudios Demográficos
Universidad de La Habana



9 789597 253228