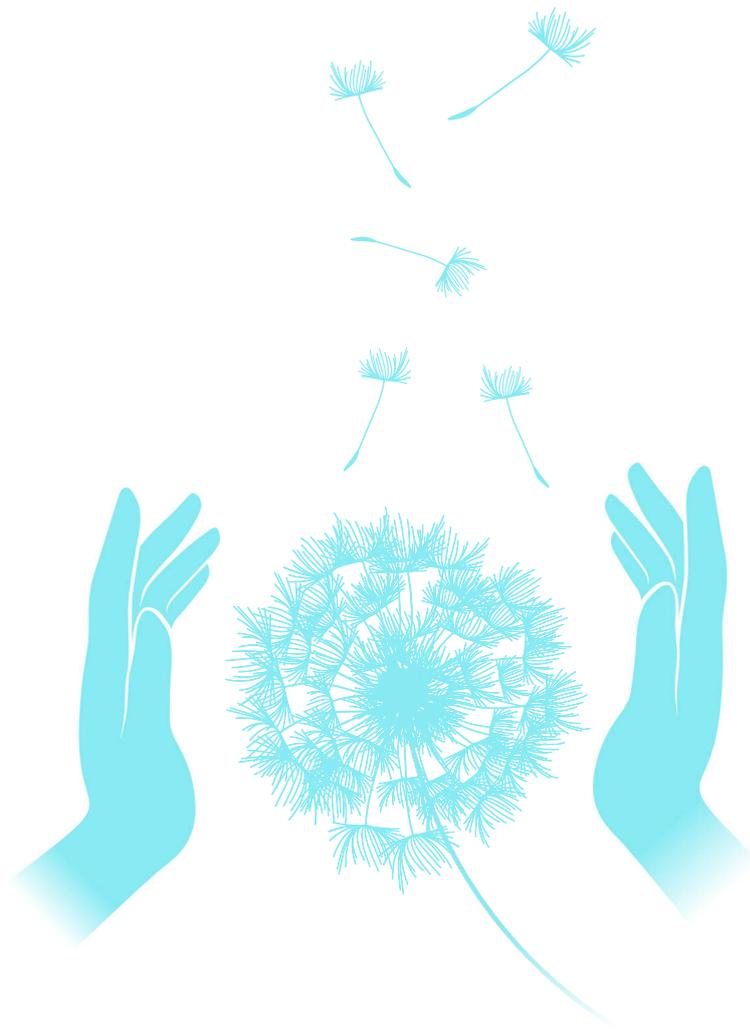




Salud mental

Respondiendo a la oleada
más invisible de la COVID-19



Salud mental

Respondiendo a la oleada
más invisible de la COVID-19

© Janssen-Cilag, S.A.



The Institute for Health and Strategy (Si-Health)
ha elaborado este documento.

Salud mental
Respondiendo a la oleada más invisible de la COVID-19

Febrero 2021

Autores: Patricia Arratibel, Carmen Arratibel, Aida Jerez, Rafael Bengoa.

Editado por: SI-Health

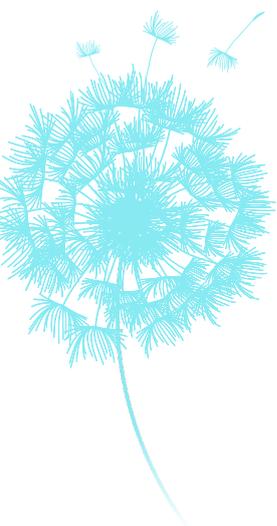
Diseño gráfico: Daniel Gibert Cobos - www.dfad.biz



Los contenidos de este informe “Salud mental. Respondiendo a la oleada más invisible de la COVID-19” están sujetos a una licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra derivada 4.0 Internacional.

Los usuarios pueden copiar, distribuir, mostrar y reproducir solo copias directas del trabajo con fines no comerciales y dentro de los límites que se especifican en la licencia.

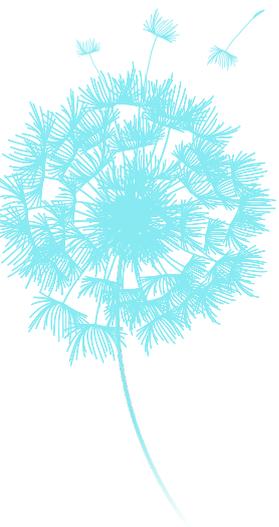
Puede consultar la licencia completa aquí:
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es_ES



Índice

1	Magnitud de la salud mental antes de la COVID-19	4
2	Impacto de la COVID-19 en la salud mental	6
2.1	Impulsores del empeoramiento de la salud mental por la COVID-19	7
2.2	Colectivos especialmente a riesgo debido a la pandemia	10
2.3	Impacto de la COVID-19 sobre el sistema sanitario	13
3	La COVID-19: un acelerador de cambios en la planificación y gestión de la salud mental	16
4	El modelo de gestión de la salud mental mejorado	21
5	Qué intervenciones sugiere la evidencia y cómo han trabajado la respuesta al impacto de la COVID-19 en salud mental algunos pioneros: Aprendizajes prácticos	23
6	Cómo avanzar en la implementación de un nuevo modelo asistencial en salud mental mejorado	26
6.1	Agenda de trabajo para apoyar la implementación a nivel micro - prestacional	28
6.2	Implementación a nivel de la meso - gestión	29
6.3	Implementación a nivel macro - gobierno	30
7	Conclusiones	32
	Anexo 1: Evidencia previa del impacto de los desastres o las pandemias en la salud mental	33
	Anexo 2: Algunas estrategias en desescalada para hacer frente a la “oleada más invisible”	35
	Bibliografía	64





1 Magnitud de la salud mental antes de la COVID-19

Algunas cifras

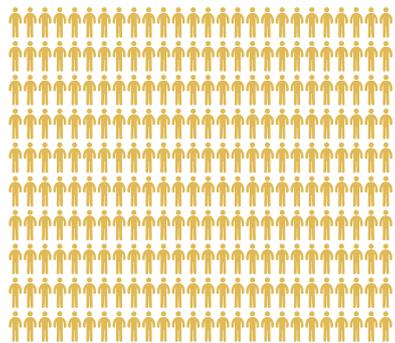


450 millones de personas afectadas con problemas de **salud mental** en el mundo

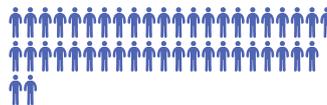
50% desarrollan los problemas **antes de los 15 años**

75% desarrollan los problemas **antes de los 18 años**

1 icona = 1 millón



Depresión: 264 millones



Trastorno bipolar: 45 millones



Esquizofrenia: 20 millones



Demencia: 50 millones

1 icona = 1 millón

800.000

suicidios cada año, segunda causa de muerte entre los 15 y 29 años

2030

Los problemas de salud mental serán la primera causa de discapacidad a nivel mundial

Fuente: Adaptado por Si-Health en base a [2], [3], [4].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2030, los problemas de salud mental serán **la principal causa de discapacidad en el mundo** [1] [2].

450 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por un problema de salud mental. En adultos, el 50% de estos problemas comienzan antes de los quince años y el 75% antes de los dieciocho [2]. 264 millones de personas viven con una **depresión** [3]. Cerca de 800 000 personas **se suicidan cada año, siendo la segunda causa de muerte** en personas de 15 a 29 años [2]. 45 millones de personas están afectadas por **un trastorno bipolar** y la **esquizofrenia** afecta a 20 millones de personas en el mundo [3]. Aproximadamente 50 millones de personas padecen **demenia** [4].

A nivel mundial, hay menos de un profesional de salud mental por cada 10 000 personas [5]. Entre el 35% y el 50% de los pacientes de salud mental, no reciben ningún tratamiento o no es el adecuado [2]. En los países de ingresos bajos y medios, ese porcentaje se encuentra entre el 76% y el 85% a pesar de que la evidencia informa que se pueden realizar intervenciones efectivas en cualquier contexto de recursos [6].

En Europa, es **la tercera causa principal de carga general de la enfermedad** (medida por años de vida ajustados por discapacidad), después de las enfermedades cardiovasculares y los cánceres [7]. La prevalencia de trastornos mentales en Europa fue de 110 millones en 2015, el equivalente al 12% de toda la población [8] [9].

En España, el 9% de la población, lo que supone más de cuatro millones de personas, tienen algún tipo de problema de salud mental y el 25% lo tendrá en algún momento [10]. Dos millones de jóvenes de entre 15 y 29 años, un 30%, han sufrido síntomas de trastorno mental en el último año [11] y entre el 2,5% y el 3% de la población adulta tiene un trastorno mental grave, lo que supone más de un millón de personas [12].

El 6,7% de la población española (más de tres millones de personas) están afectadas por ansiedad y otro 6,7% por depresión, más del doble de mujeres (9,2%) que de hombres (4%) [13].

Más de la mitad de las personas con trastorno mental que necesita **tratamiento no lo recibe** y un porcentaje significativo **no recibe el adecuado** [12]; el 88% de las labores de atención y apoyo las realizan personas cuidadoras informales (familia, amigos, etc.) [10]. Y 8 de cada 10 personas con problemas de salud mental no tiene empleo [14].

2 Impacto de la COVID-19 en la salud mental

La COVID-19 nos ha situado en un punto de inflexión en el que la mayoría de las personas nos hemos visto afectadas, de una u otra manera, en el curso cotidiano de nuestras vidas.

Situaciones de emergencia o desastres vividos en el pasado como, por ejemplo, los meses posteriores al once de septiembre en Nueva York o el once de marzo en Madrid; el brote de N1H1 o catástrofes naturales como el terremoto de Haití de 2010, los incendios forestales de Nueva Gales del Sur en Australia en 2019, el tifón Haiyan de Filipinas en 2013 o el accidente nuclear de Fukushima por el tsunami del 2011, (ver anexo I), nos alertan del aumento de la ansiedad entre la población general, así como, del aumento de síntomas entre personas que tienen un diagnóstico previo de salud mental [16].

En las pandemias del Ébola y del SARS las tasas de angustia oscilaron entre un 15% y un 65% en la población [17].

2.1 Impulsores del empeoramiento de la salud mental por la COVID-19

Es evidente que la pandemia del SARS-CoV-2 está teniendo un efecto negativo en el bienestar mental de las personas por múltiples y diferentes causas. El aislamiento social y la soledad causados por el distanciamiento social, junto con la incertidumbre, la abrumadora pérdida de vidas humanas y la crisis económica generalizada, han creado una "tormenta perfecta" para erosionar nuestra salud mental y bienestar.

▼ *Figura 2: Impulsores del empeoramiento de la salud mental por la COVID-19*



Fuente: Elaboración propia. Si-Health 2021 en base a [18].

A algunas personas la pandemia les ha sumido en el **duelo por la pérdida de un ser querido**.

Para otros, el **miedo a enfermarse** no es nuevo, pero se ha visto **agravado por el nuevo coronavirus**. A las personas expuestas al virus se les recomienda la auto cuarentena y el distanciamiento social.

Sin embargo, no siempre es posible tomarse un tiempo libre por enfermedad y estas decisiones pueden crear un alto **nivel de estrés al intuir problemas económicos** como el no poder llegar a fin de mes o responder ante deudas pendientes.

Otras personas, mayores, cuidadores o individuos con enfermedades crónicas que tienen un mayor riesgo de complicaciones graves por COVID-19 enfrentan la doble incertidumbre de situarse ante una nueva enfermedad con muchas variables aún desconocidas y adicionalmente, la duración desconocida del peligro.

Adicionalmente, se han perdido o **inhabilitado los mecanismos de defensa o de afrontamiento** para lidiar con el estrés como el contacto con amigos, el ejercicio físico al aire libre o las relaciones en el trabajo debido al confinamiento y se han agravado las inseguridades por las pérdidas laborales y financieras que ha desencadenado la pandemia, agravando las desigualdades sociales [19].

Los **problemas de soledad y aislamiento** son preocupaciones serias para toda la población, pero especialmente para las personas mayores que, en muchos casos, ya sufren aislamiento social, y ven agravada esta situación por el comportamiento necesario en pandemia. Las tasas de soledad están en su punto más alto y el impacto de la soledad en nuestra salud es profundo [20].

El **aislamiento social y la soledad** se han asociado con la mala salud. Estudios observacionales desarrollados en gran parte del mundo desarrollado, han identificado una asociación significativa entre el aislamiento social y la soledad con un aumento de la mortalidad y con peores resultados en salud cardiovascular y mental [21].

El impacto psicológico de la cuarentena es amplio, sustancial y puede durar mucho tiempo [22]. La angustia puede extenderse meses, incluso años después de que el virus se disipe.

Junto con la soledad, **el abuso de sustancias y las adicciones** también requiere de una atención especialmente cuidadosa [23]. En algunos contextos donde se ha medido el impacto, en EE. UU., por ejemplo, los datos indican que si las tasas de suicidio y sobredosis, antes de la COVID-19 eran altas, los eventos de 2020 solo han exacerbado esa crisis. Se recogen aumentos de la tasa nacional de un 15% de muertes por sobredosis de drogas entre mayo y agosto de 2020 [24] [25].

Las investigaciones muestran que **la pérdida del trabajo** se asocia con un aumento de la depresión, la ansiedad, la angustia y la baja autoestima y puede conducir a tasas más altas de trastorno por uso de sustancias y suicidio. Los datos de encuestas recientes muestran que más de la mitad de las personas que perdieron ingresos o empleo informaron impactos negativos en la salud mental por la preocupación o el estrés por el coronavirus; y las personas de menores ingresos reportan tasas más altas de impactos negativos importantes en la salud mental en comparación con las personas de mayores ingresos [26].

Las interrupciones en la vida cotidiana se han generalizado con cambios de conducta en los centros de trabajo, en las aulas y en todos los demás ámbitos. La COVID-19 nos ha quitado o minimizado lo que se denominan “lazos débiles” esto es, contactos improvisados que nos ayudan a mantenernos felices. Son contactos con personas que no conocemos bien, si es que las conocemos, pero que sin embargo contribuyen a nuestra felicidad y sentido de pertenencia. Son las conversaciones con el camarero de un bar o un local, un conductor de autobús, un conocido de trabajo ocasional o un contacto en un comercio. Estos encuentros han desaparecido en gran medida con el advenimiento de las órdenes de quedarse en casa y los cierres emitidos en un esfuerzo por combatir la propagación de la COVID-19, y esa pérdida podría tener un costo significativo en nuestra salud emocional y productividad profesional.

La pandemia ha removido los cimientos del modelo de lugar de trabajo como se ha conocido y utilizado mayoritariamente hasta el momento: viajar cinco días a la semana desde el hogar hasta el lugar de trabajo para cumplir con las obligaciones.

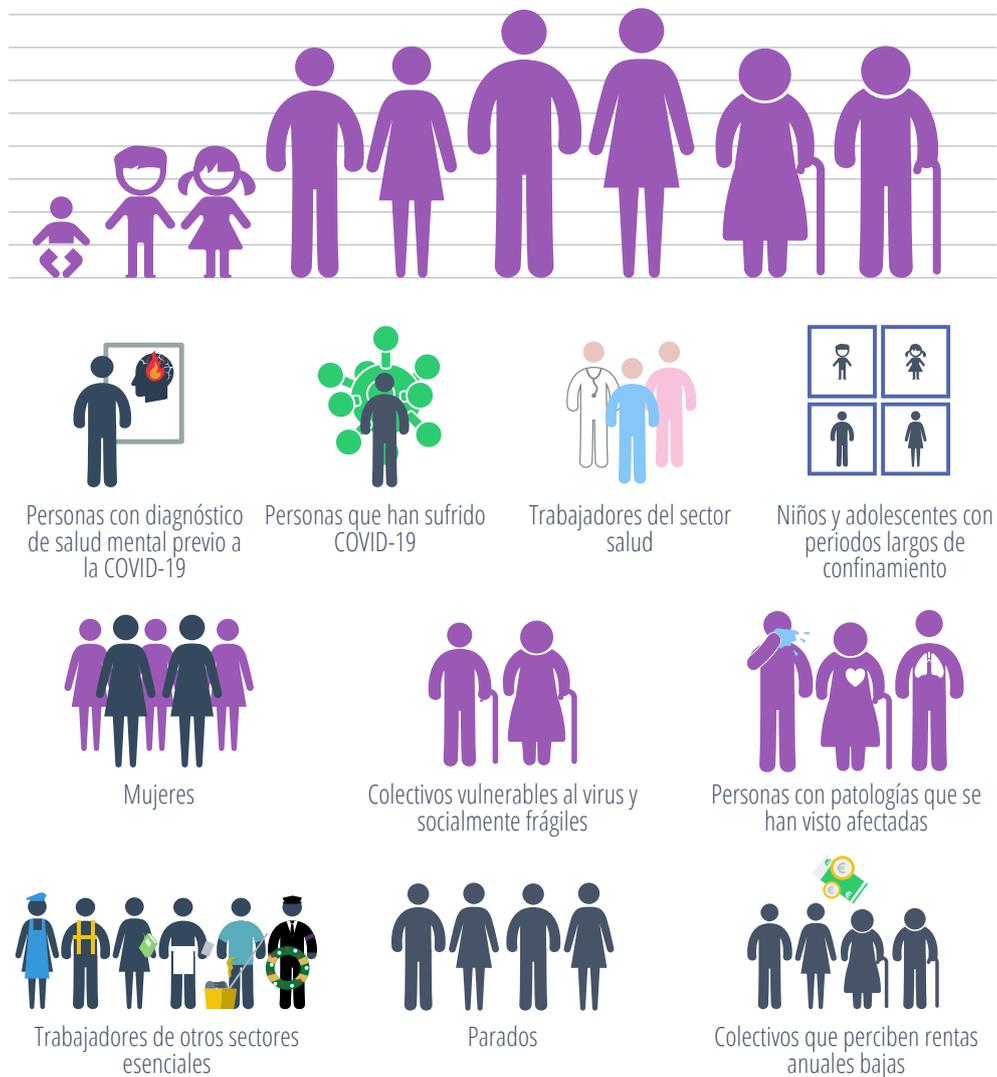
Los impactos físicos, sociales y económicos del virus han provocado también tensiones de salud mental, (aumento de síntomas de ansiedad y depresión entre otros) dentro de todas las organizaciones, que afectan al rendimiento y bienestar de los profesionales que debe ser tenido en cuenta [\[27\]](#).

2.2 Colectivos especialmente a riesgo debido a la pandemia

El virus y algunas medidas adoptadas para intentar atajarlo como el confinamiento están ejerciendo una mayor presión sobre el sistema al afectar tanto a colectivos que ya contaban con una mala salud mental como aumentando los problemas de salud mental entre nuevos colectivos. En la siguiente figura se representan algunos de los colectivos que se puede anticipar a riesgo debido a la pandemia.

Esto es malo para las personas y malo para el sistema que ya estaba muy cargado antes de la llegada del SARS-CoV-2.

▼ *Figura 3: Amplio espectro de grupos poblacionales vulnerables*



Fuente: Elaboración propia, Si-Health 2021 en base a [18] [19].

Crece la evidencia de que la pandemia provoca un aumento del número de personas con retos mentales de distinta gravedad entre la población en general. Aumenta el reporte de síntomas de depresión, ansiedad y estrés [18].

Entre las **personas que tienen o han tenido la COVID-19**, la falta de contacto con sus seres queridos durante las estancias hospitalarias o las cuarentenas está produciendo inestabilidad psicológica, así como altas tasas de síntomas postraumáticos [28], síntomas cognitivos, psicológicos y neurológicos [29]. El 33% de los pacientes que han superado la COVID-19, estando en unidades de cuidados intensivos (UCI), presentó síndrome disejecutivo después del alta [30] y se está informando la posibilidad de un síndrome posviral que se asemeja a la depresión [31] [32].

Las personas con trastorno mental preexistente tienen un mayor riesgo de infección por COVID-19 que aquellas sin trastornos de salud mental [33] por las comorbilidades (patologías cardiovasculares y pulmonares, diabetes, obesidad, etc.) que se encuentran con mayor frecuencia entre los pacientes con trastornos mentales y que son factores de riesgo de enfermedades graves ante contagio de la COVID-19 [34]. En el caso concreto de la demencia, el riesgo de hospitalización por COVID-19 aumenta en 2,6 veces y tienen una probabilidad 4,4 veces superior de morir. Para las personas negras con demencia, el riesgo de hospitalización por COVID-19 todavía es mayor [16].

El alta temprana y la interrupción de la atención psiquiátrica presencial podrían incluir recaídas, comportamiento suicida, falta de acceso a la atención médica y aislamiento social [33] [34].

Los profesionales sanitarios, especialmente los que trabajan en primera línea, se han enfrentado durante la pandemia a desafíos decisionales [35]. Por ejemplo, cómo priorizar los recursos escasos o inadecuados, lo que podría resultar en muertes que podrían no haber ocurrido en condiciones normales. Estos desafíos han tenido como consecuencia aumento del número de síntomas de depresión, ansiedad, han sufrido insomnio o han experimentado angustia [36].

Según el estudio MINDCOVID, realizado mediante encuestas anónimas en línea realizada a 9 138 profesionales sanitarios, durante la primera ola de la pandemia, entre el 5 de mayo de 2020 y el 7 de septiembre de 2020, determina que el 45,7% presenta riesgo alto por algún tipo de trastorno mental y 1 de cada 7 presenta un trastorno mental **discapacitante**, con consecuencias negativas en su vida profesional y social [37].

La cuarentena de la COVID-19 ha afectado a más de 860 millones **de niños y adolescentes** en todo el mundo. Del análisis realizado a 1 143 padres de niños españoles e italianos de entre 3 y 18 años, se concluye que el 85,7% percibieron cambios en el estado emocional y comportamiento de sus hijos durante la cuarentena. Los síntomas más frecuentes fueron dificultad para concentrarse, irritabilidad, inquietud, sentimiento de soledad, malestar y preocupaciones [38].

La cuarentena también ha impactado en **la juventud** por lo que surge la necesidad de detectar lo antes posible problemas emocionales y de comportamiento. Más aún teniendo en cuenta que no va a ser un colectivo priorizado para la vacunación, en aras de proteger la salud de colectivos de mayor edad, más vulnerables a la pandemia.

Un estudio poblacional desarrollado en el Reino Unido, por el cual se investigó la salud mental de 14 000 hogares, entre el 24 y el 30 de abril de 2020, identificó subgrupos psicológicamente más vulnerables durante la pandemia. Concluyó que ser **mujer con una educación o ingresos altos**, se asoció con un crecimiento particularmente pronunciado en problemas de salud mental y los jóvenes experimentaron también mayores caídas en salud mental siendo especialmente pronunciado entre los 18 y 34 años. Por tanto, las mujeres y los jóvenes experimentaron mayores dificultades de salud mental, aunque también disfrutaron de mejorías más rápidas [39].

Las **mujeres embarazadas** son un grupo particularmente vulnerable, como ya indicaba la evidencia estudiada en otras pandemias como la del SARS en 2003 [40] y la del virus ZIKA en 2015-2016 [41].

Según un estudio de cohorte desarrollado por el hospital Universitario Vall d'Hebrón y su instituto de investigación VHIR [42], durante el 27 de marzo de 2020 y el 4 de mayo de 2020, coincidiendo con el confinamiento de la primera ola de la pandemia del SAR-CoV-2, informó que este encierro aumentó los **síntomas de ansiedad y depresión entre las mujeres embarazadas**, afectando particularmente a aquellas **con menos apoyo social**. El 38% de las gestantes tuvieron síntomas de depresión y el 59% desarrollaron síntomas de ansiedad. Cifras superiores a los datos observados en la población en general, un 18,7% y un 21,6% respectivamente [43], que tienen consecuencias indeseables para el embarazo y el futuro recién nacido, como mayor riesgo de depresión posparto, mala nutrición y salud en el bebé, entre otros.

Aunque hace falta más investigación robusta, ya hay indicios de que **existe potencial para que el daño psicológico infligido por la pandemia se traduzca en daño físico**. Esto podría incluir una mayor susceptibilidad al virus, peores resultados si se infecta o, de hecho, peores respuestas a las vacunas en el futuro [44].

2.3 Impacto de la COVID-19 sobre el sistema sanitario

Todo lo expuesto nos sitúa ante un panorama en el que la salud mental de una parte significativa de la población se está viendo afectada. Es lo que denominamos la “oleada más invisible” de la pandemia que se va expresando a través de diferentes síntomas y manifestaciones entre la población.

▼ *Figura 4: Diversos síntomas y manifestaciones relacionadas con la salud mental*



Fuente: Elaboración propia. Si-Health 2021.

Dado que esta crisis sanitaria parece que va a continuar por más tiempo con nosotros, su impacto, hasta ahora invisible, comienza a hacerse más visible.

La evidencia que se obtiene de los desastres previos nos advierte de que un gran número de personas experimentará algún tipo de angustia psicosocial y, sin embargo, la mayoría no buscará ayuda formal, e incluso, puede que no sean conscientes de que lo necesitan, por lo que deja a riesgo significativo no recibir el tratamiento necesario. Estos retrasos en los diagnósticos pueden hacer que las intervenciones necesarias sean más complejas.

Existen herramientas psicológicas validadas que pueden medir el bienestar psicosocial y el impacto de las intervenciones en los individuos y las comunidades, además de ser un predictor útil de la salud psicosocial. Por ejemplo, el marco del sentido de coherencia [45], refiere la capacidad de una persona para utilizar los recursos existentes y potenciales para combatir el estrés y promover la salud. Las personas con un mayor sentido de coherencia tienen un menor riesgo de depresión mayor.

Según un modelo construido en Reino Unido por el *NHS Trusts, NHS England y Center for Mental Health* para pronosticar cuántas personas podrán necesitar apoyo de salud mental como consecuencia de la pandemia de la COVID-19, **hasta 10 millones de personas, casi el 20% de la población de Inglaterra, en datos de octubre de 2020, necesitarán apoyo de salud mental nuevo o adicional como consecuencia directa de las crisis. 1,5 millones de ellos serán niños y jóvenes menores de 18 años [46].**

La “oleada más invisible” se superpone a la de los pacientes que ya partían, antes de la COVID-19, de un diagnóstico de salud mental conocido. Estos últimos, han visto limitado el apoyo recibido desde el sistema de salud, debido a la presión

asistencial que ha generado la gran avalancha de pacientes COVID-19, en cada una de las oleadas vividas.

Conforme mejora la situación epidemiológica en cada ola y la presión asistencial da un respiro en los centros asistenciales, el sistema de salud se ve nuevamente tensionado por pacientes crónicos (COVID-19 y no COVID-19) recibiendo atención pospuesta o diferida durante los picos de contagio.

Una parte de la clínica y los cuidados requeridos por ambos grupos han sido atendidos mediante modalidades de prestación asistencial a distancia, como la telesalud y otros servicios sanitarios no presenciales, permitiendo la continuidad de atención a pesar de los envites de la pandemia. La telesalud apoya la prestación de tratamientos de salud mental con resultados, para algunas afecciones y circunstancias, comparables a los de recibir atención en persona [47].

Estas alternativas de atención han estado accesibles sólo para algunos pacientes: aquellos cuyos centros asistenciales de referencia hayan podido ofrecerlas y cuando, además, como pacientes, tuvieran estas posibilidades de acceso desde sus entornos personales.

A estas limitaciones en el acceso a los servicios asistenciales hay que sumar otras barreras de acceso propias del periodo de pandemia como la dificultad para encontrar la atención en situaciones de restricción de movilidad y, algunas de carácter más estructural, como es el estigma que sufren los pacientes que demandan servicios de salud mental.

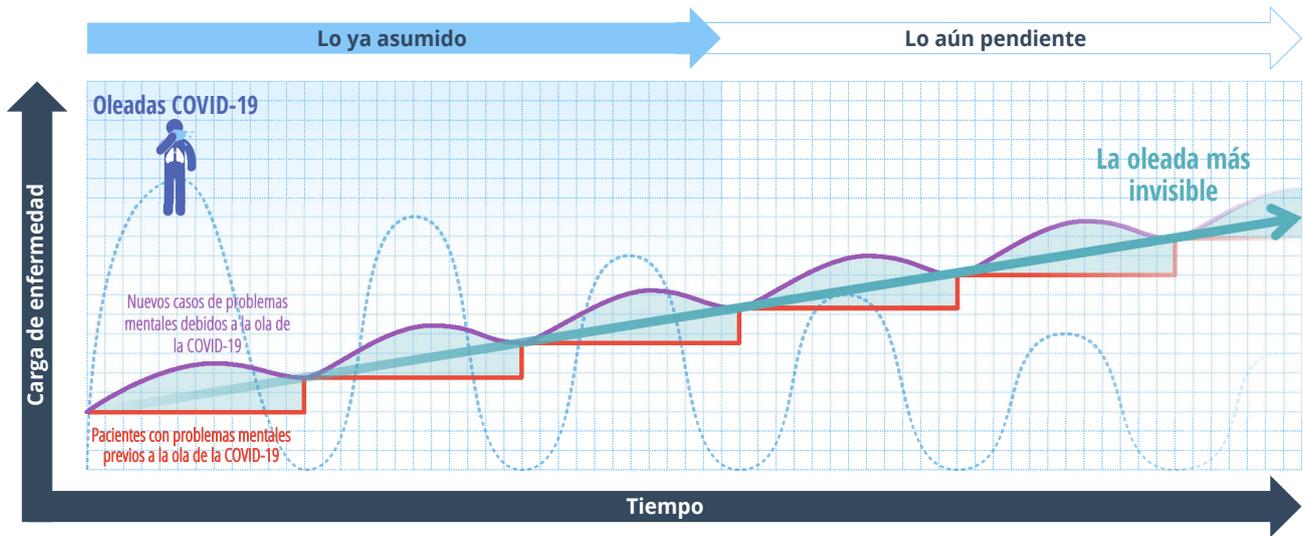
Un **hecho diferencial para los servicios de salud mental durante esta crisis es el aumento exponencial de nuevos pacientes que requieren algún tipo de soporte, ayuda o atención** debido a los diferentes impactos sanitarios, sociales y económicos que, cada una de las olas, ha generado en el conjunto de la población.

La angustia provocada por situaciones difíciles (pérdida de personas por el virus, dolor por la separación de seres queridos, altos niveles de incertidumbre, difícil equilibrio entre el trabajo y el cuidado o la pérdida de trabajo y oportunidades, entre otras) tienen un impacto significativo en las personas con problemas de salud mental previos, pero también en personas que no habían recibido un diagnóstico previo de salud mental. Esta angustia se irá expresando poco a poco, en algunos casos de un modo inmediato y en otros casos a medida que la pandemia evoluciona y detona estos impactos.

Esto significa que **las capacidades y recursos actuales que integran el sistema de salud mental, a menos que sean reforzados o fortalecidos después de cada oleada COVID-19 se enfrentan a su demanda habitual más las nuevas oleadas de pacientes que deja esta crisis: “la oleada más invisible”.**

En suma, un aumento exponencial de pacientes que no hace sino aumentar la presión “poscovid-19” sobre el sector.

▼ *Figura 5: Impacto de la salud mental derivado de la pandemia*



Fuente: Elaboración propia. Si-Health 2020.

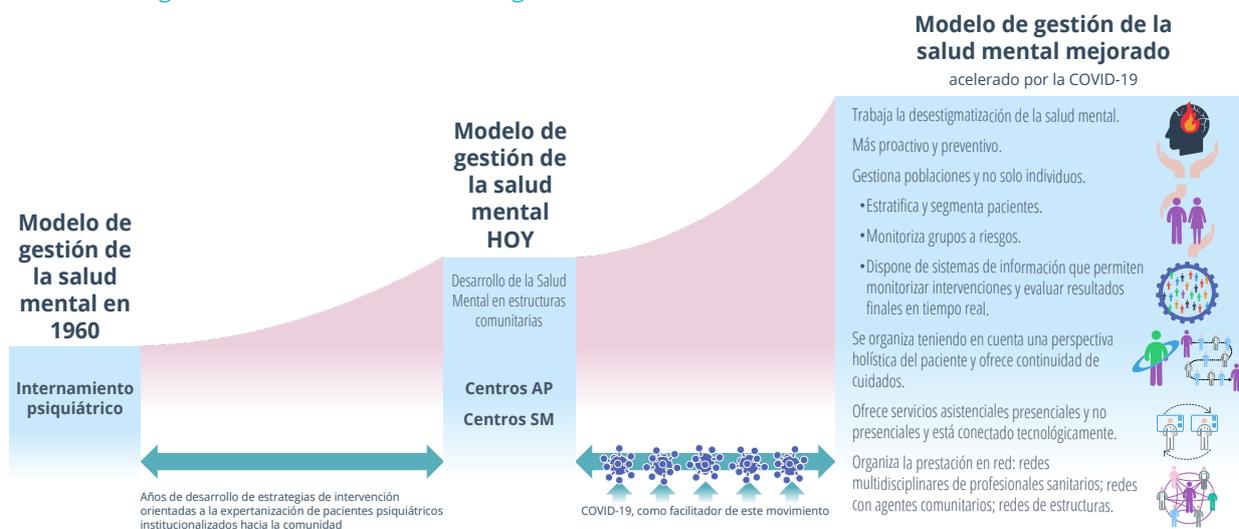
3 La COVID-19: un acelerador de cambios en la planificación y gestión de la salud mental

La planificación de la salud mental en España desde los años sesenta hasta la fecha ha logrado implementar algunos cambios muy relevantes para los pacientes con diagnóstico de salud mental y sus familias, entre otros, ha ayudado a luchar con el estigma que sufren estos pacientes y ha contribuido a completar el proceso de desinstitucionalización de estos pacientes.

En aquellos años, la patología mental grave era tratada mayoritariamente en régimen de internamiento psiquiátrico. Hoy a los pacientes se les puede realizar el seguimiento de su evolución clínica en diferentes centros asistenciales comunitarios: centros de salud mental y centros de atención primaria.

No obstante, estos cambios han requerido muchos años hasta poder visualizar su implementación de manera generalizada.

▼ *Figura 6: Evolución de las estrategias de intervención en salud mental*

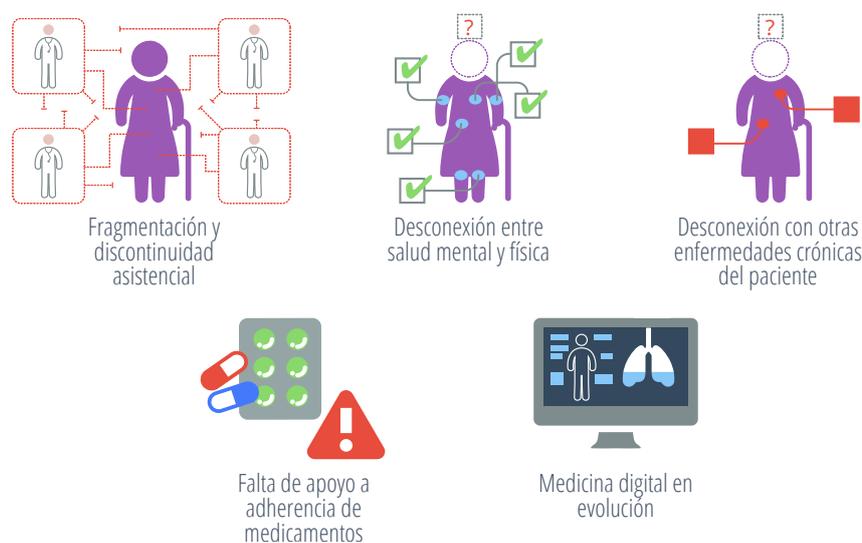


Fuente: Elaboración propia. Si-Health 2021.

La COVID-19 ha irrumpido en un momento temporal en el que el modelo asistencial aún no estaba permitiendo asegurar los mejores resultados finales para pacientes de salud mental. Un ejemplo: las personas con trastornos mentales graves (esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno afectivo bipolar y depresión de moderada a grave) mueren entre 10 y 20 años antes que la población general, principalmente por enfermedades físicas prevenibles [48].

Un modelo de base biomédica, organizado alrededor de disciplinas y roles profesionales, que necesita ser desafiado para poder mejorar los resultados finales que importan a los pacientes con algún tipo de afección mental.

▼ *Figura 7: ¿Qué se encuentran los pacientes habitualmente?*



Fuente: Elaboración propia. Si-Health 2021

Estos pacientes requieren abordajes que integren la atención y seguimiento a su patología mental con la atención y seguimiento a otros posibles problemas de salud física.

Esta aproximación demanda conectar diferentes disciplinas clínicas, roles y perfiles profesionales, de manera organizada y de un modo estable y duradero en el tiempo, para que puedan explorar nuevas formas de funcionamiento y organización colaborativas y ágiles, en sus contextos locales de trabajo, que les permitan ofrecer una respuesta única, coordinada y ajustada a las necesidades de sus pacientes.

Estos equipos multidisciplinares no tienen que pertenecer a un único centro prestador, sino que se integran según las capacidades y realidades locales y exploran juntos nuevos modelos de atención basados en la comunidad que brindan atención a las personas que lo necesitan, allí donde están y lo necesitan, y se concentran en responder a los problemas que más importan a estos pacientes.

Esta **conexión multidisciplinaria necesaria es posible y fácil de realizar hoy gracias a las opciones que ofrece la tecnología. El trabajo multidisciplinario colaborativo se entrena experimentado con nuevos procesos de trabajo compartidos y**

desarrollando herramientas y sistemas de información que los faciliten. En este punto, el arsenal de innovación organizativa y su creciente evidencia juegan a favor, también.

Todo ello, permite hoy dar forma operativa a la prevención y la gestión del contexto social y de necesidad en el que viven las personas, además de ofrecer la asistencia clínica y de cuidados que puedan precisar, estos pacientes, por razón de su afección mental.

Sin embargo, el comportamiento del modelo de salud mental instalado parece como si estuviera “esperando” a recibir pacientes con problemas de salud mental en los centros asistenciales. Una vez los pacientes allí, reciben una atención clínica y de cuidados excelentes.

La presión asistencial en los centros sanitarios; la gran fragmentación de estructuras (sanitarias, sociales y comunitarias) con profesionales capaces de agregar gran valor final a la respuesta operativa que precisan los pacientes, pero sin procesos de trabajo comunes y con reglas de funcionamiento intra organización; unidas a una **falta de liderazgo o determinación en el nivel planificador** en exigir, medir, apoyar y recompensar su asignación de recursos en clave de los resultados finales que importan a los pacientes; **han ido minando el “poder” de la experimentación de nuevas colaboraciones y nuevos modelos de atención desde los profesionales sanitarios, sobre el terreno.**

La complejidad del sector y sus arraigadas costumbres no hacían esperable un gran cambio a menos que se trabajara, con impulso decidido, la eliminación de algunas **barreras culturales** evidentes. En este sentido, **la COVID-19 ha acelerado algunos cambios fundamentales en los servicios de salud.**

▼ *Figura 8: Cambios en los servicios de atención clínica que ha traído la COVID-19*



Fuente: Adaptado por Si-Health de The Health Foundation. Positive service shifts accelerated by COVID-19: lessons for leaders. September 18, 2020

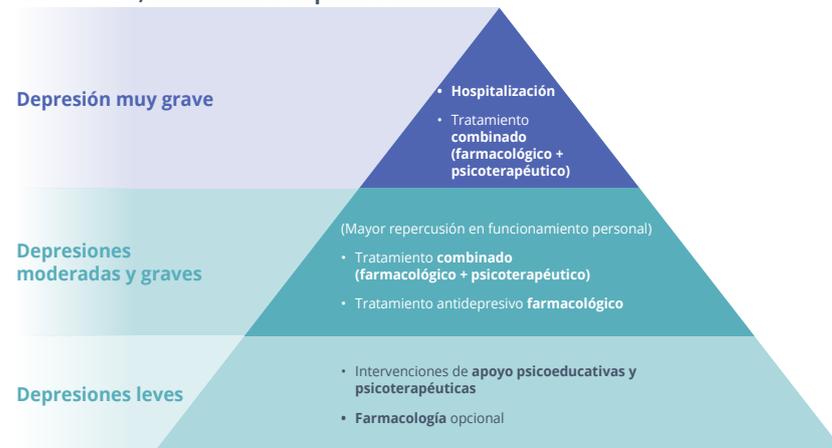
Hemos aprendido durante la pandemia lo útil y práctico que resulta **segmentar poblaciones y tenerlas monitorizadas para poder ajustar los servicios a los**

diferentes niveles de necesidad de los pacientes. La crisis sanitaria ha evidenciado la necesidad de **gestionar, proactivamente, individuos y poblaciones.**

La gestión de poblaciones requiere que los proveedores desarrollen la capacidad de utilizar datos para estratificar el riesgo de los pacientes en grupos y luego responder a las necesidades de manera eficiente y eficaz. A modo de ejemplo: no requiere los mismos cuidados e intervención un paciente con una depresión leve o con una grave.

▼ *Figura 9: Estratificación de la depresión*

Gravedad del episodio depresivo según número de síntomas, intensidad e impacto funcional



Guía orientativa para su abordaje

Fase de mantenimiento
(Tratamiento más allá de 6-9 meses)

- Prevenir **recurrencias**.
- Prevenir **cronicidad**.

Fase de continuación
(Tratamiento al menos 6 meses)

- Disminuir riesgo de **recaídas**.
- Conseguir la plena recuperación del paciente. Eliminación de síntomas y establecer el funcionamiento sociolaboral previo.

Fase aguda
(8-12 semanas)

- Importancia del **tratamiento precoz**.
- Diagnóstico.

Fuente: Adaptado por Si-Health en base a [49] [50].

La **gestión de poblaciones** requiere también que los **proveedores desarrollen sistemas de información interoperables que permitan la trazabilidad del proceso asistencial y faciliten la recogida de información clínica necesaria de un modo estructurado** (formularios) en la práctica diaria.

También herramientas que permitan la monitorización “en tiempo real” y la evaluación de resultados finales.

De este modo, el sistema de salud mental podría ofrecer ayuda a las personas que lo necesitan, cuando lo necesitan, de un modo que tenga sentido para ellas, activando las capacidades más adecuadas y ajustadas a la necesidad. A modo de ejemplo, algunas personas demandan atención presencial, mientras que otras prefieren citas no presenciales a través de las opciones que brinda la telesalud.

La madurez tecnológica, nos ha dicho que hoy es posible dar forma operativa a todo lo anterior: estratificar poblaciones, monitorizar y hacer seguimiento estrecho de pacientes vulnerables o con necesidad de cuidados de salud mental y ofrecer respuestas ajustadas a necesidad según capacidades disponibles, presencial o a distancia (telemedicina, tele cuidados, ...).

Los “servicios no presenciales” son modalidades de prestación clínica y de cuidados que han venido para quedarse y que complementarán la prestación asistencial presencial en la era poscovid-19.

Sin embargo, todo esto no estaba ocurriendo en el país. El comportamiento general del sistema de salud dando respuesta a las necesidades de salud mental, antes de la COVID-19, no era el de un sistema capaz de rastrear e identificar precozmente síntomas o signos de sospecha entre la población general o más específicamente entre colectivos vulnerables de manera permanente (monitorización continuada). Era un modelo al que le costaba incorporar nuevas configuraciones más proactivas.

La fragmentación actual del sistema clínico invita a dirigirse hacia un modelo holístico en relación con la prestación integrada para el paciente. Esto no es solo para mejorar los servicios de salud mental sino para poder atender bien a otras patologías crónicas conectadas con la salud mental. Por ejemplo, es creciente la asociación entre una salud mental pobre y la enfermedad cardiovascular. La conexión es biológica y química, no solo relacionada con el comportamiento. Se considera que un 20% de la población puede sufrir una depresión en su vida. Esa cifra sube al 50% en personas con enfermedad cardiovascular [51] [52].

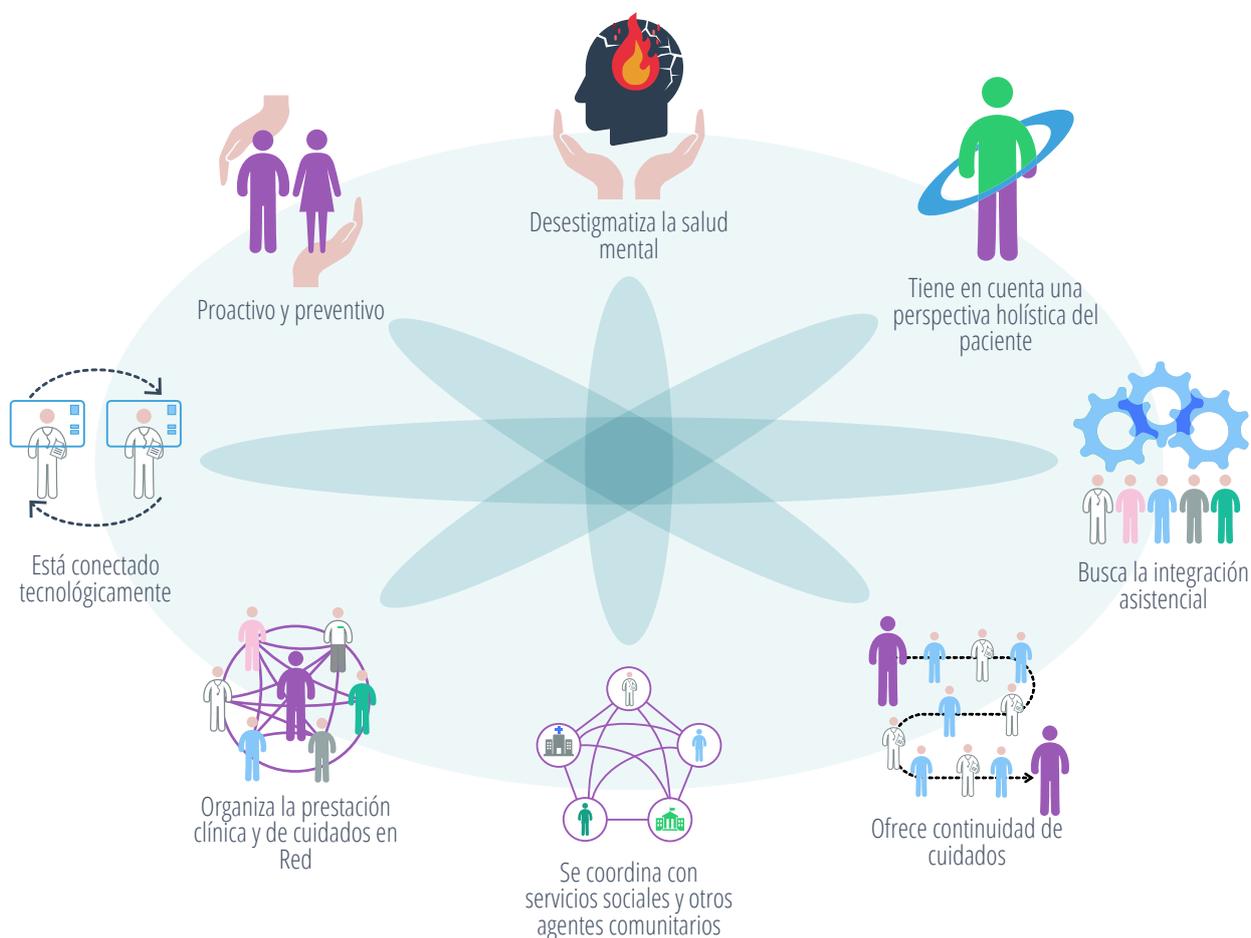
La crisis también nos ha enseñado que el apoyo que pueden ofrecer amigos, vecinos y familiares que han enfrentado sus propias luchas de salud mental pueden ser fundamentales. En este sentido, las **estrategias de alcance comunitario han probado su valor especialmente durante la pandemia y deberían ser promovidas y reforzadas para tejer un sistema más sólido y resiliente, que, colaborativamente con los servicios de salud, mejoren la capacidad total para atender el enorme impacto en salud mental COVID-19 y poscovid-19 (“oleada más invisible”).**



4 El modelo de gestión de la salud mental mejorado

En el poscovid-19, no se trata de reiniciar el modelo de salud mental precovid-19, sino de lanzar su transformación, de un modo ambicioso.

▼ Figura 10: ¿Cómo sería el modelo de salud mental mejorado?



Fuente: Elaboración propia. Si-Health 2021

Como se ha descrito, se trata de un modelo asistencial que no acepta la fragmentación e importante estigmatización existente de los cuidados. Un modelo más comunitario y preventivo, menos estigmatizante, que ofrezca más continuidad de cuidados y sea más proactivo y anticipatorio, que reactivo. Un modelo que segmenta a las personas

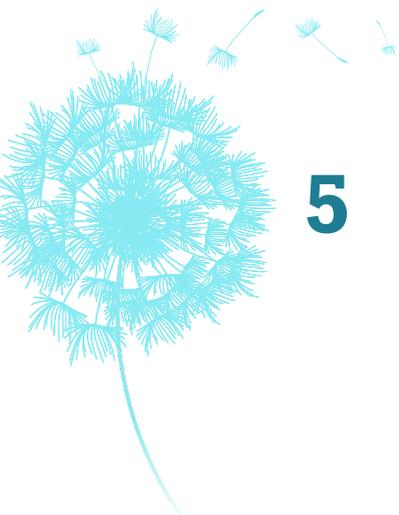
con problemas de salud mental en función del riesgo y que otorga mayor protagonismo al paciente y su entorno en las decisiones.

Algunas claves de su funcionamiento han sido recientemente desarrolladas en el Libro Blanco Depresión y Suicidio 2020: Documento estratégico para la promoción de la salud mental [50].

Este modelo comparte líneas de actuación con la mejor gestión de enfermedades crónicas. Los problemas de salud mental son más comunes en las personas con enfermedades crónicas que en la población general. La depresión y ansiedad son más frecuentes en personas con cáncer, diabetes, epilepsia o artritis, entre otras. Esa comorbilidad funciona en ambas direcciones, es decir, una depresión puede complicar aún más la enfermedad crónica de base.

Por ello no se puede seguir concibiendo la salud mental en un silo. La necesidad para una integración de servicios es evidente y los cambios que ha acelerado la COVID-19 crean el contexto favorable para acelerar el movimiento.

Ese modelo asistencial más proactivo, preventivo, holístico e integrado será más humano y efectivo.



5 Qué intervenciones sugiere la evidencia y cómo han trabajado la respuesta al impacto de la COVID-19 en salud mental algunos pioneros: Aprendizajes prácticos

Este enorme impacto de salud mental sobre el sector sanitario requiere de respuestas proporcionadas que pasan por acelerar la implementación de algunos cambios en el actual funcionamiento y organización asistencial.

Las vacunas no van a poder poner fin a esta crisis de salud mental, que probablemente empeorará particularmente durante los meses de invierno y a medida que nuevas oleadas COVID-19 sigan azotándonos. La mayoría de los países europeos está ignorando a las personas con enfermedades mentales en sus estrategias de vacunación COVID-19 a pesar de que estas personas son altamente vulnerables a contraer la enfermedad y morir por ésta.

Adicionalmente, se debe tener en cuenta la capacidad de los profesionales para afrontar una pandemia. Van aprendiendo según se va haciendo, de otros colegas, de los pacientes. No hay en estos momentos, especialistas en salud mental sobre pandemias. Los psiquiatras no han aprendido en sus carreras a gestionar una pandemia. Esta es la primera pandemia que viven [53].

Urge, por tanto, acometer algunos cambios estructurales que permitan, por un lado, aumentar la capacidad total de respuesta frente a las nuevas necesidades de salud mental derivadas de las oleadas COVID-19; y en paralelo, acelerar los cambios que ya estaban planificados, antes de que la pandemia llegara, para conseguir implementar, más rápidamente, el modelo avanzado de atención,



a poblaciones y personas, con problemas de salud mental y/o factores de riesgo.

En este sentido contamos con una creciente evidencia a favor de intervenciones que permiten implementar los cambios necesarios, en el terreno, para evolucionar el modelo. A continuación, se recogen algunas de ellas:

- **La normalización de la angustia y la promoción del autocuidado** pueden ayudar a las personas a acceder a los servicios de salud mental.
- **La educación y la capacitación en la detección precoz de signos y síntomas de angustia** puede ayudar a **crear conciencia sobre las diferentes formas en que esta puede manifestarse en diferentes grupos poblacionales**: niños, jóvenes y mayores.
- Las organizaciones que trabajan en el ámbito comunitario brindando diferentes servicios (ej.: servicios sociales) pueden ofrecer prevención, acceso a identificación temprana y tratamiento de afecciones de salud mental proporcionados por cuidadores de confianza, con la supervisión de profesionales especialistas en salud mental. Se ha demostrado para las personas con enfermedades mentales graves, que el modelo de tratamiento comunitario asertivo reduce en gran medida el uso del hospital mediante la prevención y el tratamiento de crisis en la comunidad, con disponibilidad de guardia 24 horas al día, 7 días a la semana [54].
- En algunos entornos y previo a la situación COVID-19, **experiencias de desarrollo de “equipos de atención móviles”** [55] que ofrezcan exámenes de detección, administración de algunos fármacos y derivaciones y accesos rápidos a otros servicios avanzados en salud mental ya habían probado mejoras de acceso, satisfacción de pacientes y reducción de síntomas de depresión para algunos colectivos (a modo de ejemplo, poblaciones rurales o con algunas barreras de acceso) [56].
- **Las colaboraciones** entre organizaciones comunitarias y equipos de investigación pueden facilitar el intercambio de recursos y experiencias para facilitar la implementación de la atención domiciliaria y comunitaria [57].

La evidencia positiva detrás de intervenciones como **augmentar la capacidad para localizar pacientes con problemas de salud mental e intervenir tempranamente en las primeras etapas de sus episodios (ej.: episodios psicóticos)** [58] o **trabajar los factores de riesgo de padecer enfermedades mentales derivados del contexto de las personas** [59] a los **aprendizajes que nos ha dejado la pandemia sobre el valor de las “redes de apoyo en la comunidad”**, respaldan en la tarea de avanzar, más rápido, hacia un modelo mejorado de atención a la salud mental más proactivo y preventivo, basado en la comunidad que brinde atención a las personas que lo necesiten allí donde estén y se focalice en los resultados que más importan a estos pacientes.

- Adicionalmente, lecciones del pasado **nos dan orientación sobre cómo trabajar el estigma** y lograr mayor aceptación de apoyo psicosocial o psicológico. Ofrecer oportunidad a las personas para compartir su

experiencia con el desastre a menudo se recibe como gratitud y sin estigma. Las iniciativas que fortalecen las conexiones con la comunidad, brindan oportunidades informales para compartir experiencias. Algunas iniciativas como invitar a tomar fotografías y luego explicarlas en grupos pequeños, da señales de lo que está pasando en tu mente y cómo interpretar tu entorno, o del mismo modo, se han realizado campañas con lemas como “incluso los héroes necesitan hablar”, donde se buscaba superar el estigma [60].

Por otro lado, han sido muchos los pioneros que han dado un paso al frente y han experimentado con innovaciones y acciones de mejora para dar respuesta a las nuevas necesidades de salud mental que está dejando esta crisis.

De las experiencias que ha habido en los últimos meses se pueden obtener muchos aprendizajes prácticos.

En el anexo 2, se describen algunas de estas iniciativas con la intención de ilustrar cómo han trabajado y experimentado diferentes organizaciones sanitarias y entornos comunitarios respuestas al impacto de la COVID-19 en la salud mental y cómo acelerar el paso para implementar nueva y mayor capacidad en los sistemas de salud para poder enfrentar las necesidades de salud mental.

Las experiencias han sido seleccionadas por razón de su casuística, esto es, **diferentes intervenciones de gestión de la salud mental**, que han trabajado organizaciones asistenciales durante la pandemia:

- A. Intervención de atención médica y salud mental a distancia.
- B. Intervención para salvaguardar las necesidades de salud física y mental de los profesionales de salud en centros asistenciales.
- C. Red de respuesta rápida a la COVID-19: coalición de servicios de apoyo clínicos, sociales, de salud mental, nutricionales y logísticos a colectivos vulnerables y desatendidos.
- D. Intervención de integración de las prácticas de salud mental en atención primaria.
- E. Intervención temprana a crisis de salud conductual.
- F. Intervenciones de prevención y recuperación.
- G. Intervención comunitaria en personas mayores.
- H. Intervenciones que fomentan la conexión entre la atención médica, la salud pública y los determinantes de la salud.
- I. Planes y marcos organizados de respuesta a la pandemia de salud mental a nivel de país.
- J. Investigación en salud mental durante la pandemia.

6 Cómo avanzar en la implementación de un nuevo modelo asistencial en salud mental mejorado

A pesar de las múltiples intervenciones posibles para incorporar los cambios estratégicos necesarios y los aprendizajes que nos permiten avanzar más rápido en el movimiento deseado, la realidad es que el modelo descrito es aún un modelo “deseado” en el terreno.

Nos referimos a que a pesar de que pacientes, profesionales y organizaciones de salud mental, históricamente, han desarrollado intervenciones e innovaciones con la comunidad en la dirección descrita, hemos aprendido que **los casos de éxito no escalan de manera espontánea una vez que han probado su valor. Es necesario apoyar el escalado de las buenas prácticas e innovaciones relevantes para que sean “un sistema” vs. un conjunto de innovaciones locales con un impacto diluido.**

A medida que avanza la COVID-19, es más importante que nunca, gestionar la implementación generalizada de los cambios que nos ayudan a fortalecer el sistema de atención de salud mental, rompiendo los silos y las barreras instaladas en el sector, que frenan la escalabilidad de innovaciones. A modo de ejemplo, se ha necesitado un virus para acelerar el desarrollo de servicios no presenciales en el ámbito de la prestación en salud mental y que han ayudado a mantener el contacto con los pacientes. La madurez tecnológica ya existía, el cambio cultural lo ha traído la COVID-19.

Lograr su implementación generalizada y a escala, cuando esté indicada, **requiere de una sólida cooperación de profesionales sanitarios, gestores y pacientes.**

Por tanto, el modelo de salud mental mejorado ya está diseñado, existen intervenciones y experiencias que nos ayudan en el avance, pero nos enfrentamos **al gran reto de gestionar su implementación a escala, esto es, pasar de la planificación a gestionar la implementación del cambio.**

Si este movimiento se concibe como un “**reto de implementación**” nos situamos ante una **agenda de gestión del cambio que debe trabajar el alineamiento a varios niveles.** Esto implica mucho **trabajo exigente de gestión del cambio en todos los niveles:** el nivel micro o de prestación, el nivel meso o de la gestión directiva y el nivel macro, esto es, la gestión a nivel del gobierno/s. Esta agenda de gestión debe alinearse en los tres niveles:

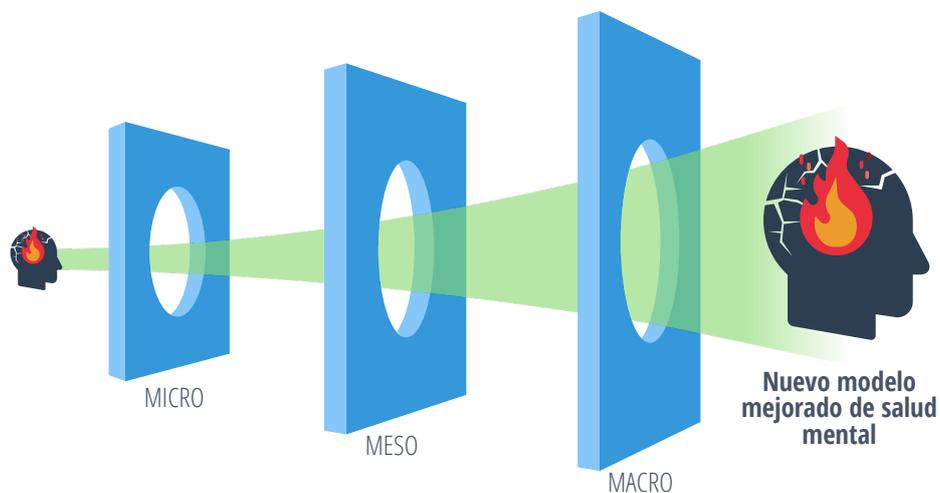
- En el **ámbito micro - prestacional**, donde se encuentra el paciente con los profesionales, se trata de *implementar un modelo más integrado y comunitario en salud mental de forma multidisciplinar*.
- En el **ámbito de la meso - gestión** (o gestión directiva de la prestación): se trata de *crear condiciones para que el ámbito micro - prestacional pueda innovar*.
- En el **ámbito macro - nivel de gobierno/s** se trata de *ejercer un liderazgo más descentralizador, permitir la innovación local y crear condiciones en el ámbito de los recursos económicos y humanos en salud mental*.

La experiencia apunta a que cuanto más cerca estén las decisiones de las personas con problemas de salud mejores son los resultados que se obtienen. Eso requiere una actitud colaborativa de parte de los principales actores del cambio.

Por lo tanto, la idea central para apoyar la implementación del modelo mejorado es identificar cómo se logra esa colaboración a todos los niveles y cómo se logran vencer los silos existentes.

Va a ser igualmente fundamental disponer de un liderazgo en todos estos niveles que reconozca y priorice el apoyo psicosocial, esto es, situar la salud mental y el bienestar en el centro de la conversación sobre la recuperación a nivel local, regional y nacional.

▼ *Figura 11: Alineación de los tres niveles de gestión para lograr un nuevo modelo mejorado de gestión de la salud mental*



Fuente: *Elaboración propia. Si-Health 2021.*

A continuación, se ofrecen más detalles sobre cómo avanzar en la implementación de la agenda de gestión del cambio que precisan los tres niveles: el ámbito de micro - prestación, el ámbito de la meso - gestión y ámbito macro - gobierno.

6.1 Agenda de trabajo para apoyar la implementación a nivel micro - prestacional

¿Cómo se apoya la implementación del modelo de gestión de la salud mental mejorado desde el nivel de la prestación?

Es necesario activar varias líneas de trabajo por parte de un **equipo multidisciplinar local**. Se entiende por equipo multidisciplinar local un conjunto de personas de diferentes disciplinas que cooperan para proveer la clínica, los cuidados y otros servicios de apoyo a personas o pacientes que tienen necesidades de salud mental.

Ese equipo **desarrollará**, en primera instancia, **una relación creciente entre el hospital, la atención primaria, los servicios sociales y la comunidad (municipios y sociedad civil)**.

El contenido de las reuniones de trabajo que tendría ese equipo daría forma a la siguiente línea de actuación:

1. **Asegurar una foto poblacional del reto en salud mental en esa población local** y así identificar una responsabilidad en salud y social común entre los actores formales e informales de esa población.
2. Identificar **cómo promover el trabajo multidisciplinar y la eliminación de los silos estructurales en el sistema**.
 - Construir juntos una visión compartida de cómo serán los servicios clínicos, de cuidados y de apoyo que deben recibir los diferentes perfiles de pacientes con necesidades de atención en salud mental, en su entorno.
 - Crear una **estructura de gobernanza compartida**.
 - **Tomar decisiones compartidas** respecto a esos servicios y la forma en que se van a organizar para prestarlos.
 - Implementar una **respuesta conjunta** local.
 - **Compartir la responsabilidad en la respuesta y los resultados finales**.
 - **Compartir información** entre centros y profesionales para **poder prestar la respuesta** de servicios clínicos, cuidados y apoyo que hayan acordado entre todos.
3. **Innovar en su práctica asistencial y de prestación de servicios experimentando con nuevas intervenciones que ayuden a dar forma operativa al nuevo modelo asistencial en salud mental mejorado**. A modo de ejemplo: dar más voz a los pacientes sobre sus preferencias; realizar un uso creciente de toma de decisiones compartidas entre pacientes y profesionales; implementar cambios hacia una mayor continuidad de cuidados; implemen-

tar acciones hacia una mayor conexión con la salud física de los pacientes; aumentar el uso de tele consultas; identificar nuevos resultados finales que se quieran lograr, etc.

6.2 Implementación a nivel de la meso - gestión

¿Cómo se apoya la implementación del modelo de gestión de salud mental mejorado desde el nivel de la meso - gestión?

Desde el liderazgo de meso - gestión se contribuye poniendo en marcha, con determinación y energía, varias acciones concretas que crean las condiciones necesarias para que los equipos clínicos y de cuidados multidisciplinares en el terreno puedan avanzar.

La suma de estas acciones integra una **ambiciosa agenda de trabajo que requiere de alta dedicación y esfuerzo del liderazgo meso - gestor:**

1. Desarrollar la **gestión de poblaciones** además de la gestión de individuos.
2. Promover la **orientación a resultados finales** de los prestadores, además de gestionar responsablemente inputs o recursos empleados.
3. **Apoyar el lanzamiento de procesos y facilitar herramientas para poder realizar una estratificación y segmentación de pacientes en perfiles o grupos diferenciados según riesgo de salud mental.**
4. **Desarrollar estructuras de gobernanza que faciliten el diálogo entre los actores concernidos en un área poblacional.** Para avanzar en esta tarea y mientras no exista un marco administrativo diferente que lo permita se pueden firmar acuerdos colaborativos entre instituciones que deseen colaborar. Por ejemplo, entre el sector salud y el social o el municipal, que vayan dando forma operativa a la colaboración.
5. El ámbito de la meso - gestión puede **desburocratizar y simplificar las barreras que limitan la gestión y desarrollo de los proyectos** para mejorar **velocidad y toma de decisión en el ámbito local.**
6. **Invertir en tecnología de salud digital** asegurando que esté **dirigida a la transformación deseada en el área.**
7. **Crear condiciones para innovaciones *bottom-up* colaborativas y asignar fondos de transformación,** de modo finalista, para esas innovaciones *bottom-up*.
8. Apoyar procesos de compartición de mejores prácticas (“altavoz”) y **promover la formalización/operativización de redes clínicas y de cuidados en salud mental para asegurar la calidad y disminuir la variabilidad clínica que exista en el área en materia de salud mental.**

9. **Ayudar al ámbito local a desarrollar procesos o trayectorias asistenciales dignas en salud mental.** Por ejemplo, acordar entre las partes y llevar a la práctica formas operativas que permitan hacer una transición de pacientes entre atención primaria, urgencias y el hospital, más ágil y colaborativa.
10. **Ejercer un liderazgo compartido para facilitar la tarea del ámbito local prestacional.** La evidencia en desarrollo organizacional apunta que el liderazgo compartido, a diferencia de las estructuras de mando y control, proporciona la base óptima para el desarrollo de culturas solidarias. El liderazgo compartido implica distribuir y asignar el poder de liderazgo donde quiera que la experiencia, la capacidad y la motivación se encuentren dentro de las organizaciones.

Si los líderes y gerentes crean entornos positivos y de apoyo para el personal sanitario, ese personal crea entornos solidarios y de apoyo para los pacientes, brindando una atención de mayor calidad [61].

Donde existe una cultura de liderazgo colectivo, es probable que todos los miembros del personal intervengan para resolver problemas, garantizar la calidad de la atención y promover una innovación responsable y segura [61].

6.3 Implementación a nivel macro - gobierno

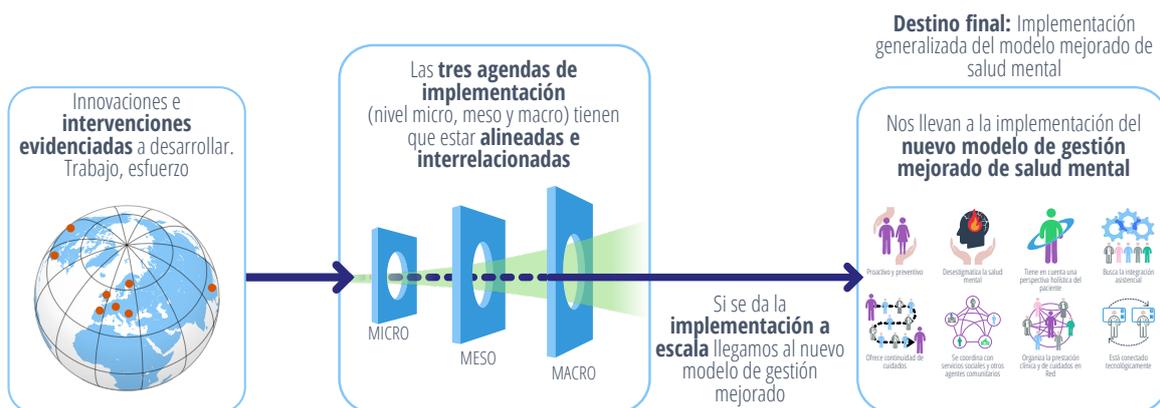
¿Cómo se apoya la implementación del modelo de gestión de la salud mental mejorado desde el ámbito del/los gobierno/s?

El alineamiento de capacidades y tareas requerido para avanzar en la implementación demanda del ámbito de gobierno una serie de tareas que integran su agenda de apoyo a la implementación. A continuación, se enumeran algunas de estas tareas:

1. **Apoyar la nueva visión en salud mental y liderar el cambio para su desarrollo.**
2. Promover una orientación hacia resultados finales por parte de todos los agentes y no solo planificar en base a *inputs/recursos*.
3. **Descentralizar y aceptar el principio de subsidiaridad:** cuanto más cerca estén las decisiones de las personas con problemas de salud, mejores son los resultados.
4. **Apoyar la atención primaria en salud mental,** estableciendo un proceso para promover proyectos innovadores locales en salud mental.
5. **Agilizar el desarrollo de la salud digital,** estratégicamente en salud mental, asegurando así su potencial transformador hacia nuevos modelos.
6. **Promover y financiar la prescripción social** como sistema de apoyo social a personas con problemas de salud mental.

7. Disponer de un **fondo económico de innovación finalista** que permita apoyar las innovaciones locales creando condiciones reales para hacerlas posibles.
8. **Identificar y acercar el nuevo conocimiento sobre cómo están avanzando otros pioneros en innovación tanto en el nivel micro de la prestación, cómo en el nivel de la meso - gestión.** A modo de ejemplo: durante la pandemia se ha producido mucha innovación en el área de salud mental que buscaba dar forma a algunas de las necesidades requeridas para el nuevo modelo (ver algunos ejemplos en anexo 2). También traer conocimiento sobre innovaciones pioneras en el desarrollo de las nuevas funciones de la micro - gestión y meso - gestión claves para apoyar la implementación (puntos anteriores).
9. **Planificar los recursos humanos y gestionar el aumento de recursos y nuevas dotaciones necesarias en la comunidad** y nuevos perfiles profesionales que favorezcan el desarrollo de la atención proactiva en la comunidad.

▼ *Figura 12: Agendas, intervenciones e innovaciones para llegar al cambio en el modelo de gestión mejorado de salud mental.*



Fuente: Elaboración propia. Si-Health 2021.

7 Conclusiones

La COVID-19 ha impactado notablemente en la salud mental de la población dejando una oleada invisible de personas afectadas que requerirán el apoyo de los sistemas de salud mental.

La COVID-19 ha acelerado algunos de los cambios necesarios para poder evolucionar el modelo de gestión de la salud mental y fortalecerlo para hacer frente a esta oleada.

Existe una creciente evidencia sobre los cambios que es necesario animar en el nivel de la prestación para poder mejorar los resultados finales de los pacientes con problemas de salud mental. Además, existe un número también creciente de organizaciones prestadoras que han iniciado este movimiento. Es posible el movimiento rápido y existen herramientas que lo facilitan.

Sin embargo, el éxito en la implementación a escala de estos cambios va a venir por la capacidad de escalar estas intervenciones. Para ello, es necesario que profesionales, gestores y gobiernos articulen una agenda muy ambiciosa de gestión de cambio.

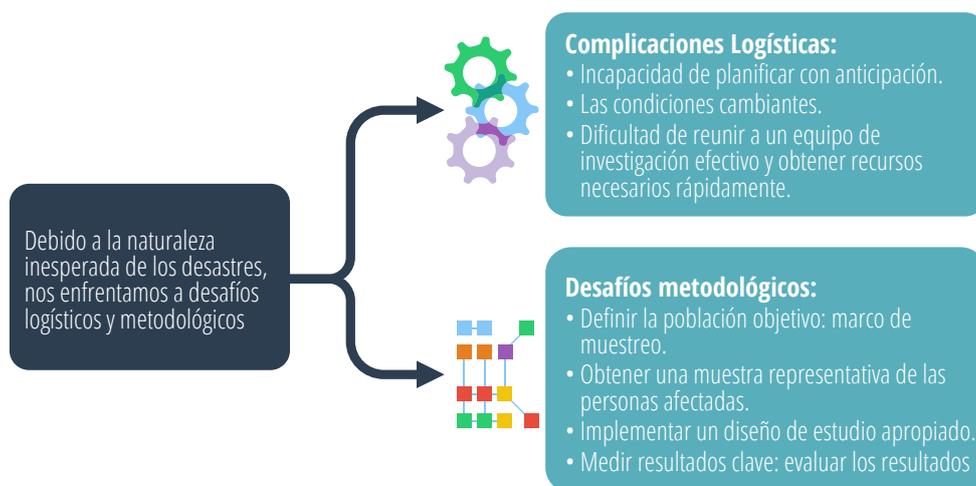
El resultado final será un **modelo de gestión de la salud mental en España más afectivo y efectivo** que podrá atender la oleada más invisible que ha traído la COVID-19 y que estará más preparado para enfrentar futuras "oleadas invisibles".

Anexo 1: Evidencia previa del impacto de los desastres o las pandemias en la salud mental

La evidencia previa ya nos indicaba el **impacto de los desastres o las pandemias en la salud mental**. Los desastres son eventos a gran escala que a menudo son inesperados, causan la muerte, el trauma y la destrucción de la propiedad [62] [63].

Nos enfrentamos a desafíos logísticos y metodológicos debido a la naturaleza inesperada de los desastres. Las complicaciones logísticas surgen de la incapacidad de planificar con antelación las condiciones cambiantes y la dificultad de reunir un equipo de investigación efectivo y obtener recursos rápidamente [62]. Los desafíos metodológicos pasan por la definición de la población objetivo o marco de muestreo; obtener una muestra representativa de las personas afectadas; implementar un diseño de estudio apropiado y contar con indicadores de resultados clave evaluables [64].

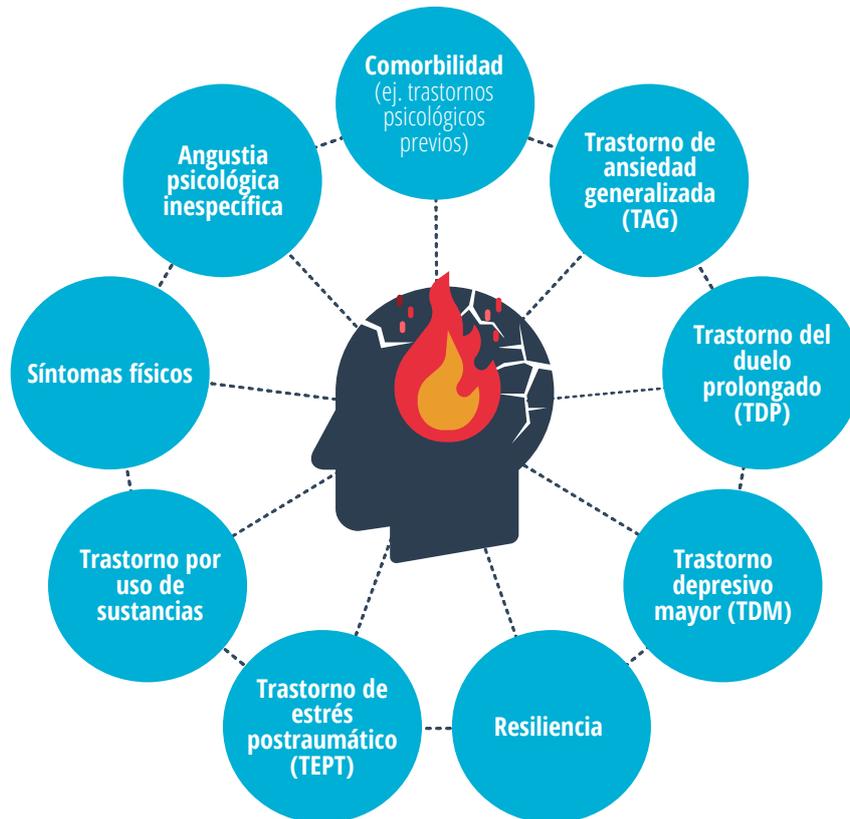
▼ *Figura 13: Desafíos logísticos y metodológicos de los desastres*



Fuente: Adaptado de [61], [63]

El tipo de desastre influye en las consecuencias para la salud mental de la población afectada. Algunas de las manifestaciones que se observan después de los desastres quedan reflejados en la figura siguiente.

▼ *Figura 14: Manifestaciones y carga de enfermedad mental observados tras los desastres*



Fuente: Adaptado de [62].

La evidencia longitudinal sugiere que los síntomas de problemas de salud mental posteriores al desastre alcanzan su punto máximo en el año posterior.

Los estudios indican que solo una pequeña proporción de las personas buscan tratamiento tras un evento traumático y a menudo pasan años entre el inicio de los síntomas y la búsqueda de tratamiento [62] [65] [66], a pesar de las recomendaciones de intervención temprana [67].

Se requiere coordinación y cooperación entre los niveles de gobierno, los programas de servicios de salud, escuelas, medios de comunicación y organizaciones comunitarias para reducir los problemas posteriores al desastre [67].

Anexo 2:

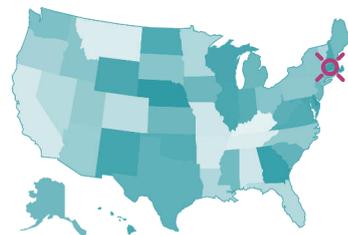
Algunas estrategias en desescalada para hacer frente a la “oleada más invisible”

A Intervenciones de atención médica y salud mental a distancia

1 - Intervención de telepsiquiatría

Cambridge Health Alliance (CHA). Boston, Massachusetts

Cambridge Health Alliance (CHA) es proveedor de atención médica en las comunidades metro-norte de Cambridge, Somerville y Boston en Massachusetts. CHA ofrece servicios que incluyen atención primaria, atención especializada, salud mental y consumo de sustancias. Atiende a **más de 140 000 pacientes**.



- Los líderes del departamento de Psiquiatría de Cambridge Health Alliance reconocieron la urgencia de seguir atendiendo a los pacientes de forma remota a medida que la pandemia de coronavirus avanzaba en Massachusetts.
- **La atención de salud mental para pacientes ambulatorios es un servicio esencial** para ayudar a las personas a **mantener el funcionamiento y evitar niveles más altos de atención**. (1) (2)
 - El tratamiento no puede posponerse hasta después de la pandemia de la COVID-19 debido al **riesgo de descompensación, autolesión, hospitalización y agravamiento causado por los factores estresantes de la pandemia**. (1) (3)

● **Objetivo:**

- El Centro de Comando de Incidentes COVID-19 de la CHA, solicitó la tarea de **diseñar e implementar un proceso optimizado, seguro y sin coste para la transición de todas las citas de salud mental ambulatorias no urgentes en telemedicina**. Mediante métodos Lean.

● **Resultados:**

- Entre marzo y junio, el programa de telepsiquiatría completó 19 818 visitas telefónicas totales, 6 302 visitas por video, 2 234 visitas con documentación imprecisa (sin especificar si usaron video o teléfono) y 172 visitas en persona.
- Los proveedores de psiquiatría han atendido a un total de 6 410 pacientes únicos a través de visitas telefónicas y 1 804 pacientes únicos a través de visitas por video durante la pandemia de la COVID-19.

● **Lecciones aprendidas:**

- **La telepsiquiatría aumenta la participación del paciente y ofrece oportunidades para rediseñar los servicios de salud mental y mejorar los resultados de salud.**
- La pandemia de la COVID-19 ha puesto de relieve como **la telemedicina puede, al menos a corto plazo, reemplazar virtualmente los servicios de salud mental ambulatorios en persona**, al tiempo que protege la salud pública y garantiza una atención psiquiátrica confiable, de calidad y rentable. (4)
- Los datos demuestran un mayor compromiso del paciente con la telemedicina. Las tasas de no presentación disminuyeron un promedio semanal del 23% para visitas en persona al 12% para telemedicina.

Fuente: Peynetti Velázquez, P. Gupta, G. Gupte, G. J. Carson, N. Venter, J. Rapid Implementation of Telepsychiatry in a Safety-Net Health System During Covid-19 Using Lean. NEJM Catalyst. July 17, 2020

1. S Galea, RM Merchant, N Lurie. The Mental Health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. JAMA Intern Med 2020; 180:817. 10.1001/jamainternmed.2020.1562.32275292.

2. E Goldmann, S Galea. Mental health consequences of disasters. Annu Rev Public Health 2014; 35:169-183 <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-publhealth-032013-182435>. 10.1146/annurev-publhealth-032013-182435.24159920.

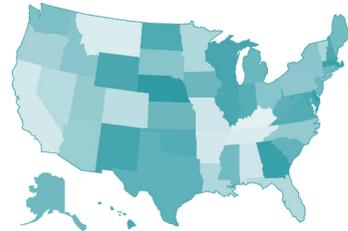
3. G de Girolamo, G Cerveri, M Clerici Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency-The Italian Response. JAMA Psychiatry 2020; 1:1. 10.1001/jamapsychiatry.2020.1276.32352480.

4. JH Shore, CD Schneck, MC Mishkind. Telepsychiatry and the Coronavirus Disease 2019 Pandemic-Current and Future Outcomes of the Rapid Virtualization of Psychiatric Care. JAMA Psychiatry 2020; 10.1001/jamapsychiatry.2020.1643.32391861.

2 - Continuar brindando acceso a la atención médica y la salud mental de millones de pacientes con múltiples comorbilidades y que viven en entornos muy diversos (VA)

The Veterans Affairs Healthcare System (VA). EE. UU.

El sistema de salud de VA cuenta con 170 centros médicos de VA, 1 061 clínicas ambulatorias basadas en la comunidad, 134 centros de vida comunitaria (hogares de ancianos), 300 centros de consejería de reajuste para pacientes ambulatorios y muchos programas de rehabilitación residencial, distribuidos en todos los estados.



- Veterans Affairs Healthcare System se ha enfrentado a **desafíos** únicos para responder a la **pandemia de la COVID-19**. Tres prioridades han impulsado su respuesta inicial:
 1. Cómo continuar brindando acceso a la atención médica y la salud mental de millones de pacientes que tienen múltiples comorbilidades y viven en entornos muy diversos.
 2. Cómo prevenir la propagación de la COVID-19 dentro de sus instalaciones y mantener a los pacientes y al personal lo más seguros posibles.
 3. Cómo mantener o expandir el acceso en los *hotspots* de la COVID-19 y en los estados bajo órdenes de “quedarse en casa”.
- **Atención virtual:**
 - VA fue pionero en adoptar la telesalud y fue el primer sistema de salud del país en emplear a un director de telesalud en 1999.
 - El uso de esta modalidad ha ido variando hasta que la COVID-19 impulsó abruptamente su uso generalizado.
- **Datos:**
 - **Entre marzo y abril el número de encuentros semanales por vídeo en el hogar aumentó de 7 442 a 52 609 para la atención especializada y la rehabilitación.**
 - **El número de médicos de VA que utilizan visitas domiciliarias por vídeo de 8 599 a 11 173 en salud mental.**
 - El uso de **visitas telefónicas** aumentó un 131% pasando **de un promedio semanal de 327 180 a 756 195** con más de 895 000 encuentros telefónicos en la última semana de abril.

- La modalidad virtual que se utilizó varió notablemente según la especialidad clínica, con **la salud mental y la atención especializada utilizando preferentemente visitas domiciliarias por vídeo** y la atención primaria utilizando más el teléfono.
- **Cómo pusieron en funcionamiento rápidamente la estrategia de atención virtual en VA: Cinco áreas tácticas críticas:**
 1. **Formación y apoyo a la población activa** así como a los pacientes: al comienzo de la pandemia, se ordenó a **más de 40 000 médicos de primera línea que complementarían una capacitación en telesalud.**
 2. **Expandir la infraestructura tecnológica, incluida la distribución de equipos:** VA comenzó a invertir en los equipos y recursos necesarios para garantizar un ancho de banda sólido y una infraestructura tecnológica poco después de que se identificaran los primeros casos de la COVID-19 en EE. UU. Prestaron tabletas y entregaron a pacientes (termómetros, etc.).
 3. **Proporcionar mensajes coherentes a diversas partes interesadas:** se estableció un equipo de comunicaciones centralizado a principios de marzo para coordinar la comunicación con las muchas y diversas partes interesadas en VA. Además, implementaron un plan de comunicaciones estratégicas multimedios para explicar la importancia de utilizar visitas presenciales solo para necesidades de atención urgente o emergente.
 4. **Garantizar que se satisfagan las necesidades de los pacientes de alto riesgo:** se instruyó a los médicos de primera línea para que **identificarán las poblaciones de alto riesgo en la atención primaria y la salud mental y contactarlos de forma proactiva y sistemática y controlarlos.** Se distribuyeron 850 préstamos de tabletas en entornos de pacientes hospitalizados y a más de 7 000 veteranos de alto riesgo con necesidades de acceso.
 5. **Mantener o ampliar, la capacidad de apoyo del sector privado.**

Fuente: Heyworth, L. Kirsh, S. Zulman, D. M. Ferguson, J. W. Kizer, K. Expanding Access through Virtual Care: The VA's Early Experience with Covid-19. NEJM Catalyst. July 1, 2020

3 - Apoyo psicológico a profesionales sanitarios y familiares de pacientes

Policlínico San Matteo. Pavia, Italia

Es un instituto científico de hospitalización y tratamiento que se caracteriza por la oferta de servicios de hospitalización y asistencia de alta especialidad y por la fuerte vocación por la integración de la investigación científica, asistencial y docente tanto en las instalaciones de diagnóstico y tratamiento como en los laboratorios.



- En plena oleada de marzo y abril, crearon entornos específicos facilitados por psiquiatras para apoyar psicológicamente a los profesionales sanitarios y a los familiares de los pacientes a hacer frente al trauma y estrés, utilizando la **telepsiquiatría**. (1)
- La Fundación Soleterre, creó un equipo compuesto por 10 psicólogos para apoyar al hospital San Matteo en Salud Mental.
 - Por una parte ayudan a los sanitarios y por otra a los familiares. (2)
 - Los sanitarios no pueden comunicarse con los pacientes ingresados debido a la carga de trabajo. No se comunican. Trabajan con “cuerpos”. (2)
 - Por ello, este equipo se encarga de “recopilar” la historia de los pacientes ingresados por COVID-19 para poder mantener informada a la familia y así restituir la dignidad humana y darles un último consuelo en los últimos instantes de su vida. (2)
 - Este acuerdo entre la Fundación y el Policlínico ha permitido el desarrollo de 268 entrevistas, 225 presenciales y 43 telefónicas, 196 entrevistas individuales y 72 colectivas para un total de 423 profesionales sanitarios, 31 pacientes y 30 familiares. (3)
- Además, la Fundación Soleterre ha decidido crear un **Fondo Nacional para garantizar el apoyo psicológico a todas las personas que viven en una situación difícil debido a la COVID-19 y que no pueden permitirse económicamente las terapias psicosociales**. (3)

Fuente:

1. Fusar-Poli, P., Brambilla, P., & Solmi, M. (2020). Learning from COVID-19 pandemic in northern Italy: Impact on mental health and clinical care. *Journal of affective disorders*, 275, 78–79. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.028>

2. Dove e come mi curo. Intervista a Damiano Rizzi, psicologo clinico, Presidente della Fondazione Soleterre, attivo presso i reparti Covid del Policlinico San Matteo di Pavia. 2020. <https://www.doveecomemicro.it/notizie/news/coronavirus-intervista-damiano-rizzi>

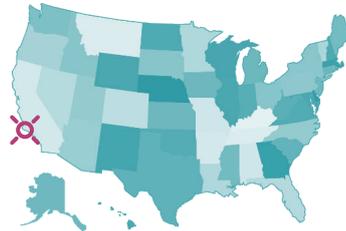
3. Soleterre. Le pesanti conseguenze psichiche lasciate dal COVID-19. 2020 <https://soleterre.org/comunicati-stampa/le-pesanti-conseguenze-psichiche-lasciate-dal-covid-19/>



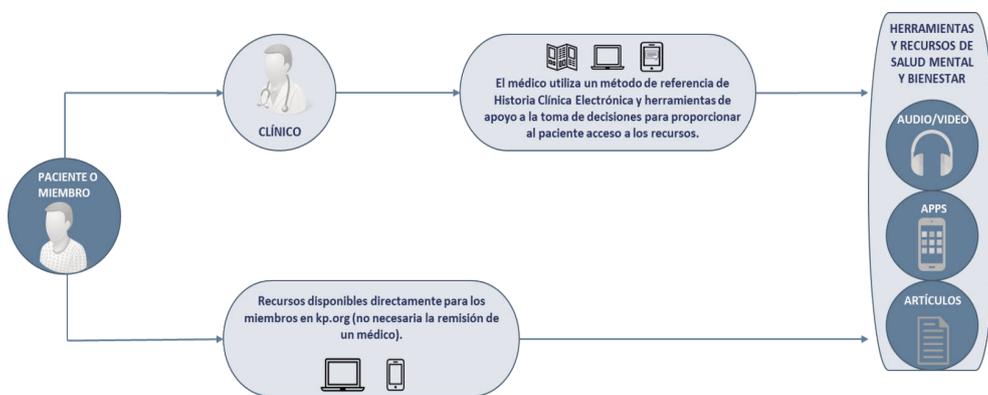
4 - El ecosistema digital de salud mental y bienestar en Kaiser Permanente

Kaiser Permanente (KP). EE. UU.

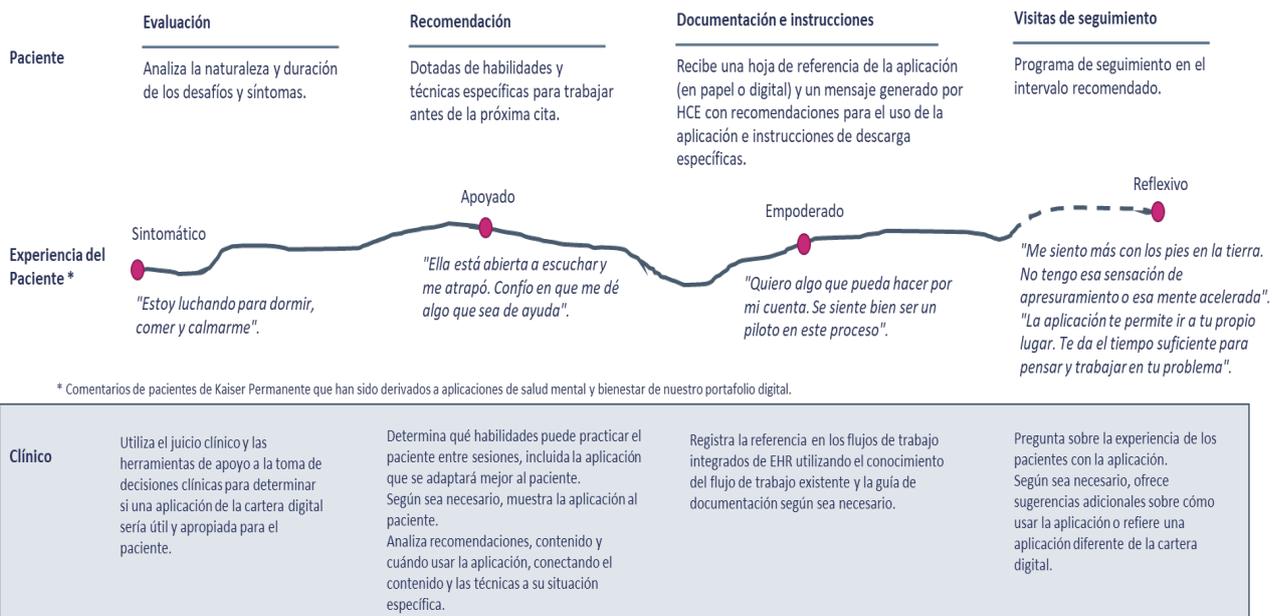
Kaiser Permanente es un consorcio estadounidense de atención administrada integrada, con sede en Oakland, California, Estados Unidos, fundado en 1945 por el industrial Henry J. Kaiser y el médico Sidney Garfield.



- El ecosistema digital de salud y bienestar mental en Kaiser Permanente, integra vías clínicas y autocuidado.



- Ejemplo de proceso de derivación de pacientes a aplicaciones en encuentros clínicos (en persona o habilitado para telesalud). EHR = Historia Clínica Electrónica (HCE).



* Comentarios de pacientes de Kaiser Permanente que han sido derivados a aplicaciones de salud mental y bienestar de nuestro portafolio digital.

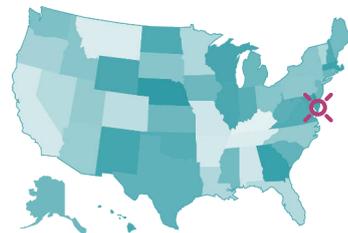
Fuente: Mordecai, D. Histon, T. Neuwirth, E. Heisler, WS. Kraft, A. Bang, Y. Franchino, K. Taillac, C. Nixon, JP. How Kaiser Permanente Created a Mental Health and Wellness Digital Ecosystem. NEJM Catalyst. January 1st, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0295>

B Intervenciones para salvaguardar las necesidades de salud física y mental de los profesionales de salud en los centros asistenciales

1 - Intervención para mejorar la salud mental de sus profesionales sanitarios

New York-Presbyterian (NYP). Nueva York

*Es un centro médico académico sin ánimo de lucro en la ciudad de Nueva York. El hospital tiene alrededor de 20 000 empleados y 2 678 camas en total, y es uno de los **hospitales más grandes del mundo**.*



- Nueva York fue un epicentro de la COVID-19 en EE. UU.
- Los trabajadores de salud se enfrentaron a demandas sin precedentes tanto en el trabajo como en casa. (1)
- **NYP utilizó la siguiente estrategia para preservar la salud mental y física de más de 50 000 empleados durante la crisis de la COVID-19:**
 1. **Mapearon el recorrido de los empleados e identificaron sus necesidades específicas en cada punto.** El objetivo era mantener informados a los empleados sobre la evolución de la crisis y proteger su salud física y mental lo mejor posible (1) (2).
 2. **Comunicación bidireccional:** reconocieron la necesidad de una comunicación bidireccional y surgieron tres soluciones:
 1. Actualizaciones diarias en vídeo de la alta dirección.
 2. Creación de un email exclusivo al que poder enviar preguntas y desde el que recibir actualizaciones.
 3. Creación de dos líneas de teléfono directas, una para pacientes y la otra para empleados.
 - Vídeos: se centraron inicialmente en protocolo COVID-19 (limpieza de manos, etc.).
 - Email: para la información de la COVID-19.
 - Los envían a los departamentos correspondientes para recibir respuestas oportunas.

3. **Actuaron rápidamente para abordar los problemas básicos de supervivencia.**

- **Cuidado de niños:** este servicio incluyó días adicionales de cuidados de niños, copagos eximidos y reembolso por atención de crisis, además de recursos virtuales para el hogar y ampliaron los vínculos con los recursos de cuidado infantil.
- **Salud física:** para apoyar el bienestar físico de los empleados (3), ampliaron las capacidades de la WFH&S (Salud y Seguridad de la Fuerza Laboral) que servía como ancla para facilitar pruebas de la COVID-19 a empleados y también facilitaron 4 semanas adicionales de tiempo libre pagados para cubrir las cuarentenas.
- **Comida y descanso:** debido a la dificultad para comprar comida, el NYP abrió 61 "Recharge Rooms" con bocadillos, música relajante y televisores.
- **Transporte:** se amplió la disponibilidad de estacionamiento y se eximieron las tarifas en la medida de lo posible, ampliaron el servicio existente de transporte y añadieron 28 nuevas rutas de autobús y conectaron a los empleados con Citi-Bike donadas, descuentos en Avis, Budget, etc.
- **Alojamiento:** facilitaron alojamiento del propio NYP, del campus de la Universidad de Columbia (360 unidades) y se aseguraron 3 000 habitaciones en hoteles adicionales cercanos.
- **Financiación:** ofrecieron asistencia financiera a los empleados que atravesaban dificultades (4), los profesionales sanitarios de primera línea recibieron un pago adicional en abril y mayo y establecieron un *Covid Support Care Fund* para casos de dificultades económicas.
- **Material:** aumentaron el suministro de ropa quirúrgica a más de 191 000 juegos.
- **Bienestar emocional (2):**
 1. El departamento pastoral proporcionó mensajes espirituales y apoyo virtual.
 2. El programa *Healthy Minds* estuvo disponible y trasladaron a sesiones virtuales el programa de entrenamiento *NYP BeHealthy*.
 3. Añadieron nuevos recursos *online* como yoga, fitness, meditación y nutrición.
 4. También contaron con el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Columbia, con experiencia en TEPT para dar apoyo en equipo (CopeColumbia y CopeWeillCornell).
 5. Para las personas que no se sentían cómodas en equipo, crearon CopeNYP, un servicio de asesoramiento individual inmediato en caso de crisis.

Utilizaron un sistema de alerta temprana para alertar a los empleados cuando necesiten buscar ayuda, A través del Rastreador de Síntomas Psiquiátricos y los Recursos para el Tratamiento (START). Es una herramienta de autoevaluación periódica que brinda retroalimentación inmediata sobre la ansiedad, el estado de ánimo y el sueño.

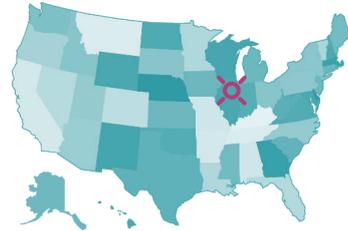
Fuente: Smith, S. Woo Baidal, J. J. Wilner, P. Ienusa, J. The Heroes and Heroines: Supporting the Front Line in New York City During Covid-19. NEJM Catalyst. July 15, 2020

1. Grimm CA. Hospital Experiences Responding to the Covid-19 Pandemic: Results of a National Pulse Survey March 23–27, 2020. US Dept HHS OIG. <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-20-00300.pdf>
2. Q Chen, M Liang, Y Li Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:e15-e16 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32085839/>. 10.1016/S2215-0366(20)30078-X.32085839.
3. E.J. Chow, N.G. Schwartz, F.A. Tobolowsky. Symptom Screening at Illness Onset of Health Care Personnel With SARS-CoV-2 Infection in King County, Washington. *JAMA* 2020; 323:2087-2089 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32301962/>. 10.1001/jama.2020.6637-32301962
4. Wolfers J. The Unemployment Rate Is Probably Around 13 Percent. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/04/03/upshot/coronavirus-jobless-rate-great-depression.html>. Published April 3, 2020. Accessed April 13, 2020.

2 - Intervención para mejorar la salud mental de sus profesionales sanitarios

Rush University Medical Center (RUMC). Chicago, Illinois

Es un centro médico académico clasificado a nivel nacional ubicado en Chicago, Illinois. Es la ubicación insignia del Rush University System for Health más grande, que incluye el Rush Oak Park Hospital y el Rush Copley Medical Center, y sirve como el principal hospital docente asociado con la Rush University.



- La atención a la salud mental y el bienestar del personal es un aspecto crítico de la gestión de crisis.
- Sin embargo, los sistemas de salud carecen de un modelo práctico para brindar apoyo de salud mental al personal de primera línea comprometido con la pandemia.
- RUMC ha creado un **marco simple y fácil de seguir como un esfuerzo interdisciplinario y proactivo que promueve el bienestar del personal durante la COVID-19** y que se puede generalizar a otras crisis de atención médica similares.
- **Objetivo: crear bienestar en una pandemia.**
 - Se creó un **Grupo de Trabajo de Bienestar** que incluyó la Oficina del Director de Bienestar, capellanes, trabajo social, enfermería (enlaces de enfermería psiquiátrica), psiquiatría y ciencias del comportamiento.
 - Desarrollaron **4 estrategias clave de mitigación:**
 1. Rondas de bienestar.
 2. Servicio de consulta de bienestar.
 3. Programa avanzado de intervención de salud mental conocido como *Wellness Plus*.
 4. Centro de bienestar con salas de bienestar en las plantas de primera línea.
 - Además crearon un **Equipo de Respuesta de Bienestar interdisciplinario** para servir como la fuerza laboral principal que apoya los esfuerzos de bienestar del personal de la COVID-19.
 - A cada miembro del equipo se le entregó un **conjunto de herramientas de recursos** que incluía un **algoritmo para la clasificación y evaluación de los empleados que lo necesitaban**.



● **Implementación:**

1. **Rondas de bienestar:** debido a que las mañanas están ocupadas por la asistencia médica, instalaron las rondas de bienestar por la tarde. El equipo de bienestar (un líder médico, un psicólogo, una enfermera, un capellán y un trabajador social) se reunía a las 14.30 para una sesión informativa y a las 15.00h comenzaban las rondas en las plantas de primera línea.
2. **Servicio de consulta de bienestar:** en esta consulta cualquier unidad clínica o individuo podía conectarse directamente con un miembro del Equipo de Respuesta de Bienestar para evaluación, clasificación y recomendaciones para mejorar la salud mental y el bienestar. Todas las consultas individuales son anónimas y no se agregan al registro médico de un miembro del personal.
3. **Bienestar plus:** A través del algoritmo de escalamiento predeterminado cualquier miembro del *Wellness Response Team* puede activar la vía *Wellness Plus*. Cuando se activa, se completa una evaluación de salud mental completa, incluida la identificación de un tratamiento terapéutico inmediato, una intervención y seguimiento adecuado.
4. **Centro de recursos bienestar/Salas bienestar:** ubicado en el centro, administrado por psicólogos y trabajadores sociales clínicos con licencia, el personal puede recibir apoyo de asesoramiento confidencial en el lugar, escapar de áreas clínicas concurridas, procesar sus emociones y relajarse.

● **Barreras:**

- Estigma asociado a los servicios de salud mental.
- Integrar *Wellness Response Team* en la rutina diaria (rondas): escepticismo, confusión sobre las mismas. Los clínicos a menudo estaban ocupados, no querían ser interrumpidos o se mostraban reacios a hablar.
- Impacto de medición: no sabían como medir el impacto. No querían sobrecargar a los médicos con evaluaciones y encuestas. Finalmente, adaptaron una herramienta de evaluación del bienestar emocional, desarrollada originalmente para la identificación de trastornos de estrés agudo y crónico. Además, esta herramienta incluye una evaluación de la prevalencia del agotamiento.

● **Algunos datos y aprendizaje:**

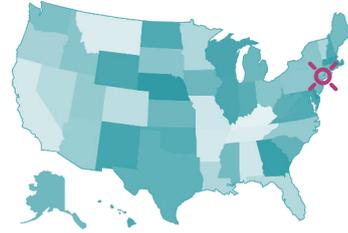
- Durante un período de cuatro semanas, la utilización de *Wellness Resource Hub* aumentó de 5 a 10 personas por día a 30 o más por día, con un total hasta la fecha de más de 400 personas.
- Sin un liderazgo claro, la iniciativa se derrumbaría.

Fuente: Adibe, B. Perticone, K. Hebert, C. *Creating Wellness in a Pandemic: A Practical Framework for Health Systems Responding to Covid-19. NEJM Catalyst. June 1, 2020*

3 - Intervención para mejorar la salud mental de profesionales sanitarios

“Circle Up” Hospitales Universitarios de Harvard

Escuela de medicina de la Universidad Harvard: tiene un profesorado de casi 8 000 profesores, muchos de ellos trabajando en hospitales de Boston afiliados a la Universidad Harvard.



- Ofrece un **proceso proactivo de apoyo entre pares** que parece funcionar de manera **sinérgica con las mejoras del proceso clínico**.
- Está basado en el trabajo, registros de compañeros e intervención inmediata para aumentar la claridad, la coordinación y la resistencia en la fuerza laboral de atención médica.
- Incluye tres actividades principales (1):
 - **Sesiones informativas:** Reunión informativa de todo el equipo poco después de comenzar un turno o antes de un procedimiento para conectar, establecer y optimizar un plan de trabajo.
 - **Controles de pares:** El líder del equipo y los compañeros se registran para ofrecer apoyo o simplemente escuchar al equipo. Comportamientos de sanación informales que se utilizan para comunicarse con los colegas en el trabajo.
 - **Intervenciones inmediatas:** Informe del equipo antes del final de un turno para reflexionar sobre los éxitos y las dificultades y para iniciar adaptaciones y soluciones.
- **Cómo implementar el proceso Circle-Up:**
 - Requiere un equipo guía de líderes locales y organizaciones que comprendan el valor de la intervención y puedan ayudar a ponerla en funcionamiento. (1)
 - Creación de una visión del programa y su impacto en las personas, los equipos y la organización.



- Financiación para consultoría (o recursos internos) para seleccionar y guiar al equipo de liderazgo, capacitación para preparar facilitadores y del personal dedicado a capturar y comunicar ideas de mejora de procesos que surjan.

- Es necesario reconocer y vincular los procesos de comunicación ya establecidos.
- Factores clave para el éxito: corta duración, ubicación conveniente y un diseño que promueva la conversación, selección de tiempo que minimice la interferencia con el flujo de trabajo, reconocimiento de que la atención al paciente puede impedir la participación, apoyo de liderazgo.

● **Resultados y experiencias:**

- Han implementado esta iniciativa en 8 unidades de 5 hospitales en los EE. UU., España y América del Sur.
 - Unidades de cuidados intensivos.
 - Departamentos de urgencias.
 - Unidades de parto.
- **Las descripciones de las primeras experiencias con Circle Up indican que ofrece un proceso proactivo, en lugar de reactivo, de apoyo entre pares que parece funcionar de manera sinérgica con las mejoras del proceso clínico.**

Fuente: Rock, K. L et al. "Circle Up": Workflow adaptation and psychological support via briefing, debriefing, and peer support. NEJM Catalyst. September 22, 2020.

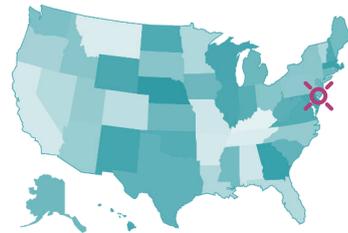
1. The Center for Medical Simulation. Circle Up. 2020. <https://harvardmedsim.org/circleup/>

C Red de respuesta rápida a la COVID-19: coalición de servicios de apoyo clínicos, sociales, de salud mental, nutricionales y logísticos a colectivos vulnerables y desatendidos

1 - Red de servicios de apoyo clínicos, sociales, de salud mental, nutricionales y logísticos a colectivos vulnerables y desatendidos en Nueva York

Coalición de Respuesta Rápida a la COVID-19 de la ciudad de Nueva York

El CRRC está reuniendo a empresas líderes como Aetna, Amazon, Bain & Co., CVS, Lyft, Teledoc, Uber y organizaciones sin ánimo de lucro para crear una red de proveedores clínicos, sociales, de salud mental, nutricionales, logísticos y de otro tipo con el que reducir la tensión hospitalaria.



- **RED Formada por compañías intersectoriales de líderes en tecnología y atención médica en la ciudad de Nueva York. (1)**
- Se creó para proteger a los neoyorquinos más vulnerables y desatendidos desde el punto de vista médico durante la COVID-19. (3)
- Combinar SMS, telefonía, tele salud y atención domiciliaria a través de una **red de servicios de apoyo clínicos, sociales, de salud mental, nutricionales, logísticos. (2)**
- **Finalidad:**
 - Entregar comidas, medicamentos, asesoramiento, transporte y atención médica a las personas de los cinco condados.
 - Ayudar a reducir la tasa de mortalidad entre los miembros más vulnerables de la comunidad y "aplanar la curva" de nuevos casos y hospitalizaciones en Nueva York. (2)

- **Ahora forma parte de *Public Health Solutions (PHS)*, que ha asumido su gestión. (3)**

Fuente: Quinn, A. Laws, M. Addressing Community Needs and Preparing for the Secondary Impacts of Covid-19. *NEJM Catalyst*. June 25, 2020

1. New York City COVID-19 Rapid Response Coalition. *Playbook: City-Level COVID-19 Rapid Response to Serve At-Risk Populations*. United States of Care. April 3, 2020.

Accessed April 23, 2020. <https://unitedstatesofcare.org/covid-19/playbook-and-case-study-of-nyc-covid-19-coalition/>

2. Bospar Joins The NYC COVID-19 Rapid Response Coalition. May 27, 2020. <https://bospar.com/resources/bospar-joins-the-nyc-covid-19-rapid-response-coalition/>

3. NYC COVID-19 RAPID RESPONSE COALITION. Public Health Coalition. <https://www.healthsolutions.org/partnerships/nyc-covid-19-rapid-response-coalition/>

2 - Organización local de atención médica (HCO) en Portland

Organización de atención médica local (HCO). Portland, Oregón



Intervención: local

- Una organización local de atención médica en Portland, ante el aumento en suicidios como en sobredosis de drogas, decide trabajar con otras organizaciones para crear un ecosistema coordinado en toda la comunidad para respaldar una salud mental óptima.
- Para ello se reúnen los líderes clave del departamento de beneficios comunitarios de la HCO, la unidad psiquiátrica de adultos jóvenes, la división de salud de la población y el consejo de diversidad e inclusión.
- Junto a un donante local, invierten fondos para crear un Laboratorio de Acción de Equidad basado en la comunidad para analizar el problema, establecer un objetivo, crear una teoría inicial compartida del cambio y proponer soluciones.
- Formando grupos de trabajo y equipos de mejora, deciden realizar cuatro pruebas iniciales de cambio:
 1. **Capacitar a los proveedores de atención médica y educadores en enfoques basados en el trauma:** buscando aprender de expertos locales y/o nacionales o globales mientras planean explorar, probar y avanzar en enfoques informados del trauma tanto en la escuela como en los sitios clínicos.
 2. **Ampliar el apoyo de igual a igual para los adolescentes que luchan con problemas de afrontamiento:** en asociación con la organización comunitaria y los estudiantes locales, los servicios ampliados incluyen ayudar a identificar a los estudiantes necesitados y vincularlos con otros servicios disponibles.
 3. **Fortalecer los vínculos entre las escuelas y la atención médica:** fortalecer su relación para apoyar una mejor detección, identificación temprana, acceso, tratamiento y apoyo para todos los estudiantes que lo necesiten.
 4. **Garantizar la disponibilidad de servicios de telesalud para todos los necesitados:** la HCO se compromete a continuar ofreciendo visitas telefónicas y otras visitas virtuales como puntos de acceso clave. La escuela investigará la creación de una sala de consulta privada para visitas remotas de salud mental durante el día escolar después de que se reanuden las clases en el campus.

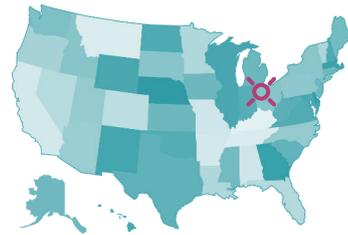
Fuente: *How Health Care Can Work With Communities to Promote Optimal Mental Health*. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2021

D Intervención de integración de las prácticas de salud mental en atención primaria

1 - Integración de salud mental en atención primaria

TriHealth

TriHealth es un sistema de salud unificado (unión de los hospitales de Bethesda y Good Samaritan) y más de 130 centros de atención con sede en Cincinnati, Ohio, Estados Unidos.



Ofrece una amplia gama de programas clínicos, educativos, preventivos y sociales. Los servicios no hospitalarios de TriHealth incluyen administración de prácticas médicas, gimnasios y administración de gimnasios, centros de salud ocupacional, atención domiciliaria y cuidados paliativos. (1)

- **1 de cada 4 estadounidenses experimenta un problema de salud mental cada año.** La primera parada de quienes buscan ayuda, suele ser la **atención primaria**. Sin embargo, muchos carecen del conocimiento y el tiempo para brindar el tipo de nivel y de atención necesaria.
- En vista de la falta de derivación existente para los pacientes con problemas de salud mental debido a la falta de proveedores de salud mental y otras barreras, TriHealth **desarrolló un enfoque centrado en el paciente para integrar la salud mental en las prácticas de atención primaria y así mejorar los resultados de los pacientes.**
- Para la identificación e implementación del modelo para integrar la salud mental en la atención primaria, se basaron en el "Modelo de salud mental de atención primaria (PCBH)" de Mountain Consulting Group (2).
 - El modelo de consulta de salud conductual de atención primaria (PCBH) es un enfoque psicológico para la atención de salud clínica basada en la población que se ubica, colabora e integra simultáneamente dentro de la clínica de atención primaria. El objetivo de PCBH es mejorar y promover la salud en general dentro de la población general. (4)
 - El objetivo no es reemplazar el sistema de atención especializada en salud mental, sino mejorar el tratamiento de los problemas de conducta en AP. Al hacerlo, el funcionamiento del sistema de AP en general puede mejorar y puede aumentar la atención a otras necesidades de salud de la población. (3)



- Este modelo de atención implica la prestación de servicios de un consultor de salud conductual (BHC) en una clínica de AP. (3) Estos consultores de salud conductual (BHC) trabajan codo con codo con todos los miembros del equipo de atención clínica para mejorar la atención preventiva y clínica de los problemas de salud mental que tradicionalmente han sido tratados únicamente por médicos. El papel del BHC es facilitar el cambio sistémico dentro de la atención primaria que facilite un enfoque multidisciplinario. (4)

● **Resultados:**

- Los pacientes mostraron mejores puntuaciones de salud física y mental.
- El 95% de los médicos de atención primaria participantes informaron una mayor satisfacción laboral y una mejor capacidad para satisfacer las necesidades de sus pacientes.
- Se demostró que el acceso de los pacientes a las visitas de salud mental el mismo día es uno de los componentes más beneficiosos de la salud mental integrada.

● **Aprendizajes:**

- Escasez de médicos (psicólogos y trabajadores sociales) con licencia independientes: se hicieron asociaciones con universidades locales para que desarrollen este perfil.
- La telesalud, potenciada por la pandemia, hizo que los servicios en remoto permitieran el acceso a los servicios mentales y a facilitar las consultas entre profesionales.
- Definir qué rol y responsabilidad tienen atención primaria y salud mental.
- Integrar es un cambio cultural fuerte porque atención primaria y salud mental tienen resultados diferentes y enfoques propios.

1. Fuente: "How We Are Integrating Behavioral Health Into Primary Care," *Health Affairs Blog*, August 12, 2020. DOI: 10.1377/hblog20200811.890379

<https://www.trihealth.com/about-trihealth/>

2. J. Robinson, P. Jeffrey T, R. Behavioral consultation and primary care, a guide to integrating services. Springer. 2016.

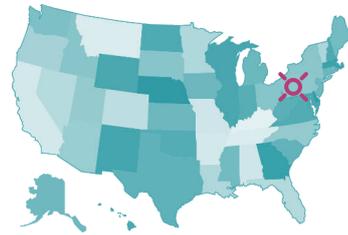
3. <https://www.behavioralconsultationandprimarycare.com/first-edition/>

4. <https://www.cpha.net/page/PCBHFAQDefinition>

2 - Programa IMPaCT de Universidad de Pensilvania

The Penn Center for Community Health Workers. Universidad de Pensilvania

El Penn Center for Community Health Workers es un centro nacional de excelencia enfocado en mejorar la salud de la población a través de programas efectivos de trabajadores comunitarios de salud.



- La Universidad de Pensilvania, desarrolló IMPaCT, un **programa estandarizado y escalable que aprovecha a los trabajadores de salud comunitarios para mejorar la salud.**
- Es una **intervención intensiva de trabajadores de la salud comunitaria para abordar las necesidades sociales.**
- Los trabajadores de salud comunitarios de IMPaCT **utilizan preguntas semiestructuradas para conocer a los pacientes como personas y desarrollar planes de acción personalizados para abordar sus necesidades.** (1)
- Se ha probado en 3 ensayos controlados aleatorios, con un análisis riguroso que demuestra que el programa reduce el total de días de hospitalización en un 65% y devuelve 2,47\$ por cada \$ invertido por Medicaid. **También se ha demostrado que IMPaCT mejora la salud mental, el control de enfermedades crónicas y la calidad de la atención.**

Fuente: D. Butler, E. U. Morgan, A. Kangovi, S. Screening for Unmet Social Needs: Patient Engagement or Alienation? NEJM Catalyst. July 20, 2020.

1. S Kangovi, N Mitra, D Grande, H Huo, RA Smith, JA Long . Apoyo de trabajadores de salud comunitarios para pacientes desfavorecidos con múltiples enfermedades crónicas: un ensayo clínico aleatorizado. Am J Public Health 2017 ; 107: 1660-1667. 10.2105 / AJPH.2017.303985. 28817334.

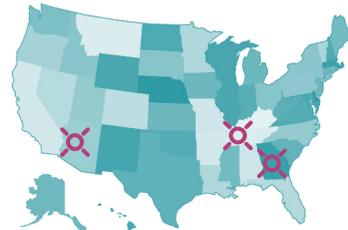


E Intervención temprana a crisis de salud mental

1 - Modelo de organización para la atención temprana a crisis de salud mental

Arizona, Tennessee y Georgia

Los estados de Arizona, Tennessee y Georgia han desarrollado modelos de atención para crisis conductual.



- Para ayudar a garantizar que los pacientes que experimentan una crisis de salud conductual puedan recibir la atención adecuada en el momento y lugar adecuados los estados de Arizona, Georgia y Tennessee han desarrollado un **modelo de atención para crisis de salud conductual**.
- Estos modelos brindan intervención temprana y desvían a las personas en crisis de hospitales, cárceles y prisiones.
- **El modelo ensambla una red de servicios que comprende tres grandes componentes:**
 1. Un **centro de atención telefónica de crisis regional o estatal de 24h**.
 2. **Equipos de crisis móviles basados en la comunidad que evalúan y estabilizan al individuo.**
 3. **Instalaciones diseñadas para estabilizar a los pacientes para una eventual recuperación.**
- Los programas de crisis de salud mental han mostrado buenos resultados tanto desde el punto de vista clínico como de eficiencia.
- Los estados están desempeñando un papel cada vez más importante en la implementación de programas integrales con financiación diversa.

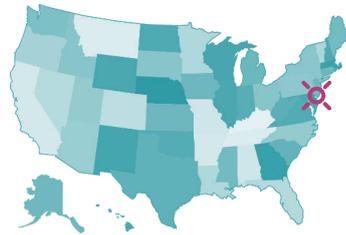
Fuente: Gordon SY. Building State Capacity to Address Behavioral Health Needs Through Crisis Services and Early Intervention. The Milbank Memorial Fund. November 9, 2020



2 - Intervención para la identificación temprana

Cohen Children's Medical Center (CCMC). Nueva York

Es un hospital de 202 camas que abrió sus puertas en 1983 como el único hospital del área metropolitana de Nueva York diseñado exclusivamente para niños. Hoy son el proveedor más grande de servicios de salud pediátrica en el estado de Nueva York, y prestan servicios a 1.8 millones de niños en los condados de Brooklyn, Queens, Nassau y Suffolk.



- En 2018, establecieron un centro de atención de urgencia de salud mental llamado "BH Urgi" para que los niños/adolescentes que lleguen a urgencias por una patología mental y sin necesidad de atención médica/hospitalización reciban la atención adecuada.
- En "BH Urgi" cuentan con un psiquiatra de niños y adolescentes a tiempo completo, un consejero de salud mental y 2 especialistas en participación de pacientes.
- Además, decidieron conectar a estos pacientes con el nivel adecuado de atención en la comunidad mediante la construcción de asociaciones comunitarias más sólidas.
 - **Relaciones con las escuelas:** las escuelas son la mayor fuente de referencias para tratamientos de salud mental pediátricos.
 - **Acceso mejorado a la atención de salud mental:** una vez que los niños abandonan "BH Urgi", es fundamental que hagan transición a la atención a más largo plazo. Por ello, derivan a muchos pacientes a la clínica ambulatoria de CCMC.
 - **Asociación con la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (NANI):** educar e involucrar a las familias a que comprendan la importancia de la atención continua y el apoyo emocional. Por ello, representantes de NANI llevaron a cabo un curso de 12 semanas en CCMC para padres que cuidan a niños con un diagnóstico de salud mental.
 - **Seguimiento después del alta:** los trabajadores sociales de CCMC hacen llamadas telefónicas de seguimiento a pacientes con trastornos de salud mental y uso de sustancias después del alta de servicios de urgencias.
- Resultados obtenidos:
 - Reducción del tiempo de espera para obtener una cita de seguimiento de 14 a 8 días.
 - En la clínica para pacientes ambulatorios de CCMC el tiempo promedio para obtener una cita de seguimiento es de menos de 4 días.



- Durante 8 meses, el equipo ha referido a 200 niños y adolescentes y el 90% acudió a sus citas.
- Reducción del porcentaje de pacientes ingresados en psiquiatría hospitalaria. Antes de la creación de “BH Urgi” el 21% eran admitidos y se ha reducido entre el 16% y el 18%.

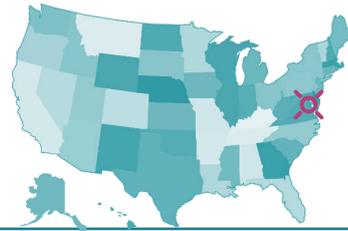
Fuente: *Improvement Stories: Improving Behavioral Health Care in the Emergency Department and Upstream*. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2020. <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHWhitePapers/Improving-Behavioral-Health-Care-in-the-Emergency-Department-and-Upstream.aspx>

F Intervención de prevención y recuperación

1 - Intervención de prevención y recuperación

Active Mind. Washington, DC.

Active Mind es la principal organización que afecta a los adultos jóvenes y la salud mental. En más de 800 campus, llegan directamente a cerca de 600 000 estudiantes cada año a través de campañas de concienciación en el campus, eventos, defensa, divulgación, etc.



- Se creó en 2000, en la Universidad de Pensilvania, por Alison Malmon, tras la muerte de su único hermano por suicidio.
- La historia de su hermano es la de miles de jóvenes que sufren en silencio. Su intención, al crear esta organización era la de combatir el estigma de las enfermedades mentales, fomentar el comportamiento de búsqueda de ayuda temprana y prevenir suicidios.
- Por ello, creó su propio modelo de estudiante a estudiante y formando un grupo de estudiantes conocido como *Open Minds*. El objetivo número uno del grupo era hacer correr la voz de que buscar ayuda es un signo de fortaleza y no algo de los que avergonzarse.
- En solo 2 años, creció tanto que en 2003 se estableció como una organización y su oficina nacional está en Washington, DC.
- Hoy, es un red enfocada en promover la salud mental, educación y apoyo a estudiantes de secundaria y universitarios. Colaboran con más de 800 escuelas y mediante el diálogo y la interacción de pares, permiten a los adultos jóvenes hablar abiertamente sobre la salud mental.

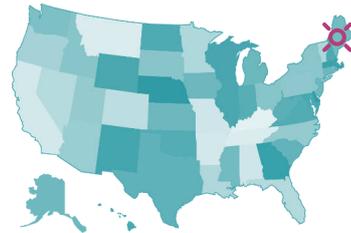
Fuente: <https://www.activeminds.org/programs/>

G Intervención comunitaria en personas mayores

Intervención comunitaria en personas mayores

MaineHealth. Portland, Maine.

MaineHealth es la organización de atención médica más grande de Maine y un proveedor de atención médica líder en el norte de New Hampshire. MaineHealth es reconocida como una de las principales redes integradas de prestación de atención médica del país.



- En 2018 decidieron involucrarse en la iniciativa lanzada por el IHI y la John A. Hartford Foundation llamado **“Un sistema de salud adaptado a las personas mayores”**.
- El marco que utiliza la iniciativa se llama 4M. Incluye: lo que le importa al paciente, medicación, evaluación actividad mental y movilidad.
 - **Lo que importa:** El marco les ayudó a preguntar a los pacientes que era lo más importante para ellos y a incluirlo en su HCE.
 - **Medicación:** El principal objetivo de MaineHealth era minimizar la prescripción de somníferos, dado que se consideran “con riesgos” para los adultos mayores. Por ello implementaron:
 - Fomentar enfoques alternativos no farmacológicos para ayudar con el sueño.
 - Ajustar el horario de administración de la medicación.
 - Creación de dos módulos didácticos (uno sobre el riesgo de las ayudas para dormir y otro sobre los riesgos de la polifarmacia) que dio a todo el personal para aprender.

Fuente: Institute for Healthcare Improvement. Age Friendly Age Friendly Health Systems. http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/Age-Friendly-Health-Systems/Documents/Age-Friendly-Health-Systems_MaineHealth-Maine-Medical-Center_Case.pdf

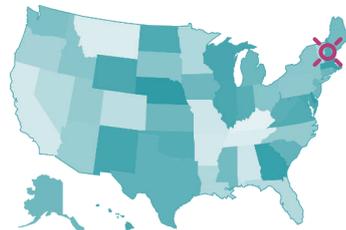


H Intervención de fomento de las conexiones entre la atención médica, la salud pública y los determinantes de la salud

Intervención que fomenta la conexión entre la atención médica, la salud pública y los determinantes de la salud

Foundation for Healthy Communities (FHC). New Hampshire

FHC es una organización sin fines de lucro que participa en alianzas innovadoras para mejorar la salud y la atención médica en New Hampshire (NH) abordando la calidad de la atención, acceso a la atención y mejora de la salud comunitaria. Llevan desde 1996 promoviendo y practicando el trabajo de salud de la población.



- FHC es una institución ancla, que aprovecha sus recursos de beneficios comunitarios para apoyar las prioridades de las comunidades.
- En 2017, la junta directiva lanzó la iniciativa “Salud de la población total”, que tiene como objetivo mejorar la salud y el bienestar de los residentes de New Hampshire (NH) mediante el fomento de las conexiones entre la atención médica, la salud pública y los determinantes sociales de la salud al tiempo que se promueve la equidad en la salud.
- Uno de los objetivos de la iniciativa era proporcionar una plataforma para facilitar el diálogo y la creación de redes entre los socios para compartir experiencia, identificar oportunidades colectivas y catalizar iniciativas de salud de la población de NH.
- Al considerar a los hospitales cercanos, cayeron en la cuenta que cada uno definía y abordaba la salud de la población de diferente manera.
- Por ello, se dieron cuenta que si 5 hospitales de NH alineasen definiciones y métodos, conectasen actividades aisladas y colaborasen para compartir recursos y mejores prácticas, podrían catalizar los esfuerzos de salud de la población total.
- Desde entonces, la FHC ha convocado al NH *Population Health Peer Group*, compuesto por hospitales sin ánimo de lucro con sede en NH, para que esta plataforma funcione.



- Los hospitales de NH se han unido en un esfuerzo sin precedentes para colaborar y promover la salud de la población y avanzar más allá de los muros de los hospitales individuales para mejorar la salud, el bienestar y la equidad en el estado.

Nota: Esta intervención ha sido seleccionada por ser un ejemplo de cómo se han juntado varios hospitales para trabajar de una manera común la salud general de su población (incluida la salud mental).

Fuente: Pathways to Population Health Case Studies: New Hampshire Foundation for Healthy Communities. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2019. http://www.ihc.org/Topics/Population-Health/Documents/PathwaystoPopulationHealth_CaseStudy_NHFHC.pdf

Planes y marcos organizados de respuesta a las pandemia de salud mental a nivel de país

1 - Plan de respuesta a la Pandemia en Salud Mental. Australia

Plan de respuesta a la Pandemia en Salud Mental. Australia

Objetivos	Monitorear y predecir	Llegar a las personas en la comunidad	Proporcionar vías claras de atención
	Participación - Colaboración y Asociación - Bienestar social y emocional integrado - Enfoques equilibrados basados en la comunidad - Atención con las mejores prácticas Soluciones Flexibles Equidad e igualdad		
Acciones intermedias	Monitoreo y modelado inmediato del impacto en la salud mental de la COVID-19	Servicios accesibles en hogares, lugares de trabajo, cuidado de personas mayores, escuelas y otros sitios comunitarios	Más conectividad a través de una mejor coordinación y vinculación de servicios
Acciones prioritarias de respuesta y recuperación	<ul style="list-style-type: none"> Fuerte gobernanza Recopilación, intercambio de datos y modelado de datos Funciones y responsabilidades claras 	<ul style="list-style-type: none"> Abordar necesidades complejas de salud mental Reducir los factores de riesgo Satisfacer las necesidades de las poblaciones vulnerables Acción coordinada de prevención del suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> Satisfacer las necesidades inmediatas: adaptar los servicios actuales Implementación de nuevos modelos Facilitar el acceso a la atención Comunicación clara Apoyar a una fuerza laboral multidisciplinaria

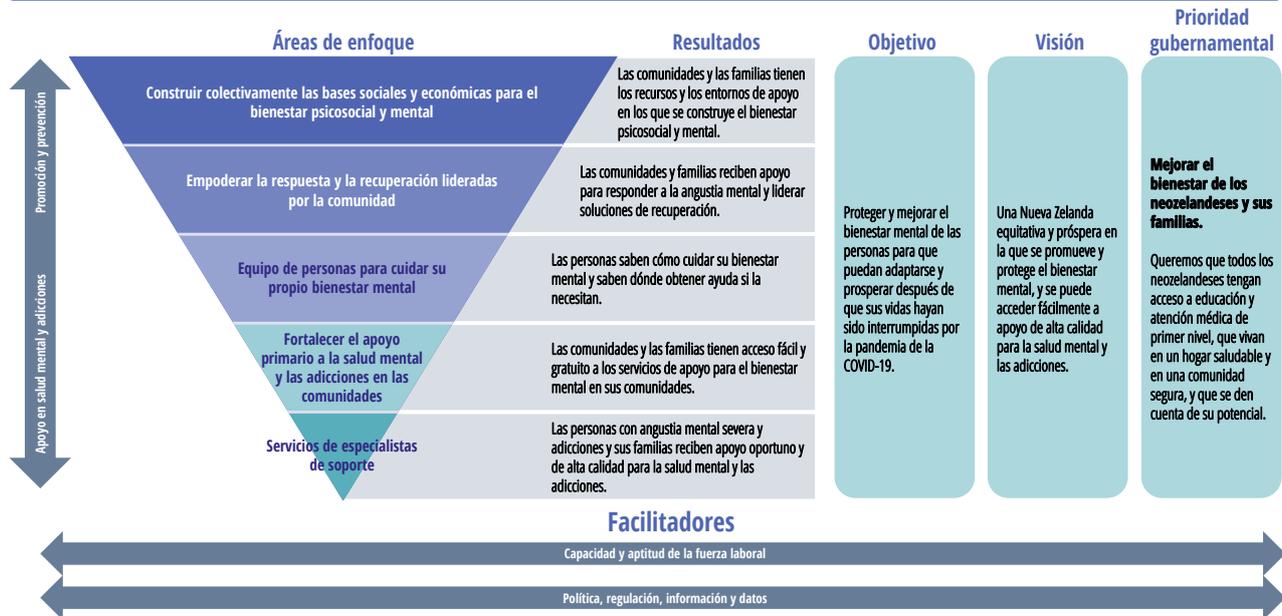
Fuente: Australian Government. Mental Health and Wellbeing Pandemic Response Plan. May, 2020. <https://www.mentalhealthcommission.gov.au/getmedia/0ed417d3-68c6-406f-8007-3975d01f7b59/National-Mental-Health-and-Wellbeing-Pandemic-Response-Plan-Infographic>



2 - Marco de recuperación del bienestar psicosocial y mental de la COVID-19. Nueva Zelanda

Principios

Centrado en la persona y la familia Dirigido por la comunidad Defender el tratado de Waitangi Lograr la equidad Proteger los DDHH Trabajar juntos



Fuente: New Zealand Government. Psychosocial and Mental Wellbeing Recovery Plan. May 15, 2020. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/covid-19-psychosocial-mental-wellbeing-recovery-plan-15may2020.pdf>



J Investigación en salud mental durante la pandemia

Investigación impacto COVID-19 en Salud Mental

Hospital Gregorio Marañón Madrid, España.

Es un centro hospitalario de titularidad pública, situado en la ciudad de Madrid, España. Está administrado por el Servicio Madrileño de Salud, dependiente de la Consejería de Sanidad y es uno de los principales hospitales de la capital.



- El hospital Gregorio Marañón ha puesto en marcha un **equipo multidisciplinar, que incluye a psiquiatría y psicología clínica**, que trabaja con todas las personas que son dadas de alta en la UCI. (1)
- También han puesto en marcha un **Programa de Atención a la prevención de Duelo complicado**. Han atendido a 710 personas que han fallecido por COVID-19 en el hospital, contactando con las familias de todos ellos. **Aproximadamente un 25% de las personas a las que han llamado las han tenido que derivar a consultas de salud mental.** (1)
- El Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del hospital lidera un ambicioso **proyecto de investigación internacional, a través de un cuestionario online**. Está dirigido a la población de todos los países afectados por coronavirus. Objetivo: **identificar a las personas con mayor o menor riesgo durante la pandemia para permitir diseñar programas de prevención e intervención**, tanto para la COVID-19 como para futuras pandemias. <https://www.coh-fit.com/?lang=es> (2)
- Además, ha liderado junto a 24 expertos de 14 países el estudio en The Lancet Psychiatry: **How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic.** (3)

Fuente:

1. Libro Blanco Depresión y Suicidio 2020: Documento estratégico para la promoción de la salud mental. SEP, FEPSM, SEPB con la colaboración de Janssen. Epilogo Depresión y Covid-19: Impacto en la salud mental de los enfermos de Covid-19 y su entorno. Escrito por Celso Arango.

2. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Nota de Prensa: Un estudio internacional identifica el perfil de las personas más vulnerables frente a la COVID-19. 2020. <https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/noticia/estudio-internacional-identifica-perfil-personas-vulnerables-frente-covid-19>

3. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Nota de Prensa: El Marañón lidera un estudio internacional sobre las necesidades en salud mental tras la Covid19. 2020 <https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/noticia/maranon-lidera-estudio-internacional-necesidades-salud-mental-covid19>

Bibliografía

- [1] World Health Organization Regional Office for Europe, «Fact sheets on sustainable development goals: health targets. Mental Health,» Oct 2020. [En línea]. Available: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/348011/Fact-sheet-SDG-Mental-health-UPDATE-02-05-2018.pdf
- [2] Confederación de salud mental en España, «La salud mental en cifras,» oct 2020. [En línea]. Available: <https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/#mundo>
- [3] GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, «GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators,» Lancet, vol. 392, nº 10159, pp. 1789-1858, Nov 2018.
- [4] World Health Organization, «Mental disorders,» Nov 2019. [En línea]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- [5] W. H. Organization, «10 facts of mental health,» Oct2019. [En línea]. Available: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
- [6] Wang et al, «Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys,» Lancet, vol. 370, nº 9590, pp. 841-50, Sep 2007.
- [7] World Health Organization; Geneva, 2016, «Global Health estimates 2015: disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015,» [En línea]. Available: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html
- [8] GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, «Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015,» Lancet, vol. 388, nº 10053, pp. 1545-1602, 2016.
- [9] Global Burden of Disease Study, «Global health data exchange. Washington (DC): Institute for Health Metrics and Evaluation,» 2016. [En línea]. Available: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>, accessed 5 March 2018.
- [10] «Confederación de salud mental en España,» La salud mental en cifras, [En línea]. Available: <https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/#espana> [Último acceso: febrero 2021].
- [11] Barómetro juvenil 2019. Salud y Bienestar, «Centro Reina Sofía sobre adolescencia y juventud FAD,» [En línea]. Available: <https://www.adolescenciayjuventud.org/publicacion/barometro-juvenil-2019-saludybienestar/>. [Último acceso: Febrero 2021].

- [12] «Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social,» Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. (2011), [En línea]. Available: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
- [13] «Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social,» Encuesta Nacional de Salud. España 2017, [En línea]. Available: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- [14] «Instituto Nacional de Estadística INE,» El Empleo de las Personas con Discapacidad (EPD, [En línea]. Available: https://www.ine.es/prensa/epd_2017.pdf
- [15] John Auerbach, Benjamin F. Miller,, «COVID-19 Exposes the Cracks in Our Already Fragile Mental Health System,» Am J Public Health. , vol. 110, nº 7, p. 969–970, 2020 July.
- [16] QuanQiu Wang, Pamela B. Davis, Mark E. Gurney, Rong Xu, «COVID-19 and dementia: Analyses of risk, disparity, and outcomes from electronic health records in the US,» Alzheimer´s & Dementia. The journal of the Alzheimer´s Association, 9 Feb 2021.
- [17] Bonanno GA, Ho SM, Chan JC, Kwong RS, Cheung CK, Wong CP, Wong VC, «Psychological resilience and dysfunction among hospitalized survivors of the SARS epidemic in Hong Kong: a latent class approach,» Health Psychol., vol. 27, nº 5, pp. 659-67, 2008.
- [18] Carmen Moreno, Til Wykes, Silvana Galderisi, Merete Nordentoft, Nicolas Crossley, Nev Jones, et al., «How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic,» Lancet Psychiatry , vol. 7, p. 813–24 , Jul16, 2020.
- [19] Louise Marshall, Jo Bibby, Isabel Abbs, «The Health Foundation,» 18 June 2020. [En línea]. Available: <https://www.health.org.uk/news-and-comment/blogs/emerging-evidence-on-covid-19s-impact-on-mental-health-and-health>
- [20] «National Insitute on Aging,» April 23, 2019. [En línea]. Available: <https://www.nia.nih.gov/news/social-isolation-loneliness-older-people-pose-health-risks>
- [21] N.Leigh, D.Bagguley, K.Bash,V.Turner, S.Turnbull, N.Valtorta, W.Caand, «An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness,» Public Health, vol. 152, pp. 157-171, November 2017.
- [22] Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. and Rubin, G, «The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence,» The Lancet, vol. 395, nº 10227, pp. P 912-920, March 14, 2020.

- [23] «Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español de Drogas y Adicciones. COVID-19, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones en España,» julio 2020. [En línea]. Available: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200715_Informe_IMPACTO-COVID-19_OEDA_final.pdf
- [24] David E. Wennberg, Patrick J. Kennedy, «Too Big To Ignore: 7 Recommendations To Address Our Growing Mental Health Crisis,» Health Affairs, 14 Dec 2020.
- [25] Piore, A, «How the Pandemic Is Making the Opioid Crisis Worse,» Newsweek, 8 Oct 2020.
- [26] Nirmita Panchal, Rabah Kamal, Kendal Orgera, Cynthia Cox Follow, Rachel Garfield, Liz Hamel, Cailey Muñana, and Priya Chidambaram, «The Kaiser Family Foundation,» 21 Aug 2020. [En línea]. Available: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-use/>
- [27] Christina Pazzanese, «How COVID experiences will reshape the workplace,» The Harvard Gazette, 9 Feb 2021.
- [28] Hai-Xin Bo, Wen Li, Yuan Yang, Yu Wang, Qinge Zhang, Teris Cheung, Xinjuan Wu, Yu-Tao Xiang, «Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China,» Psychol Med , pp. 1-2, Mar 2020.
- [29] Rawal G, Yadav S, Kumar R, «Post-intensive care syndrome: an overview,» J Transl Int Med , vol. 5, nº 2, pp. 90-92, Jun 2017.
- [30] Julie Helms, Stéphane Kremer, Hamid Merdji, Raphaël Clere-Jehl, Malika Schenck, Christine Kummerlen, Olivier Collange, Clotilde Boulay, Samira Fafi-Kremer, Mickaël Ohana, Mathieu Anheim, Ferhat Meziani, «Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection,» N Engl J Med , vol. 382, nº 23, pp. 2268-2270, June 4, 2020.
- [31] Troyer EA, Kohn JN, Hong S, «Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms,» Brain Behav Immun, vol. 87, p. 34–39., 2020 Jul.
- [32] Lyons D, Frampton M, Naqvi S, Donohoe D, Adams G, Glynn K, «Fallout from the COVID-19 pandemic – should we prepare for a tsunami of post viral depression?,» Ir J Psychol Med , pp. 1-6, May 2020.
- [33] Yao H, Chen J-H, Xu Y-F, «Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic,» Lancet Psychiatry , vol. 7, nº 4, p. e21, Apr 2020.
- [34] Chevance A, Gourion D, Hoertel N, et a, «Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: a narrative review,» Encephale , vol. 46, nº 3, p. 193–201, Jun 2020.
- [35] Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S, «Managing mental health challenges faced by healthcare workers during COVID-19 pandemic,» BMJ, vol. 368, p. m1211, Mar 2020.

- [36] Lai J, Ma S, Wang Y, et al, «Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019,» JAMA Netw Open , vol. 3, nº 3, p. e203976., Mar 2020.
- [37] Alonso J, Vilagut G, Mortier P, Ferrer M, Alayo I, Aragón-Peña A, Aragonès E, Campos M, Cura-González ID, Emparanza JI, Espuga M, Forjaz MJ, González-Pinto A, Haro JM, López-Fresneña N, Salazar ADM, Molina JD, Ortí-Lucas RM, Parellada M, Pelayo-Terán JM, , «Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey,» Rev Psiquiatr Salud Ment, pp. S1888-9891 (20) 30128-2, 2020 Dec.
- [38] Orgilés M, Morales A, Delvecchio E, Mazzeschi C, Espada JP, «Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain,» Front Psychol, nº 11:579038., 2020 Nov 6.
- [39] Daly M, Sutin AR, Robinson E. , «Longitudinal changes in mental health and the COVID-19 pandemic: evidence from the UK Household Longitudinal Study,» Psychol Med. , pp. 1-10, 2020 Nov 13.
- [40] Lee DT, Sahota D, Leung TN, Yip AS, Lee FF, Chung TK, «Psychological responses of pregnant women to an infectious outbreak: a case-control study of the 2003 SARS outbreak in Hong Kong,» J Psychosom Res, vol. 61, p. 707–713, 2006.
- [41] Blakey SM, Abramowitz JS, «Psychological predictors of health anxiety in response to the Zika Virus,» J Clin Psychol Med Settings, vol. 24, pp. 270-278, 2017.
- [42] Brik M, Sandonis MA, Fernández S, Suy A, Parramon-Puig G, Maiz N, Dip ME, Ramos-Quiroga JA, Carreras E, «Psychological impact and social support in pregnant women during lockdown due to SARS-CoV2 pandemic: A cohort study,» Acta Obstet Gynecol Scand. , 2021 Feb 2.
- [43] González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, Muñoz M, «Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain,» Brain Behav Immun, vol. 87, pp. 172-176, Jul 2020.
- [44] Kavita Vedhara, «"We will have to live with the risk of Covid-19... but Psychology has much to say about that risk",» The British Psychological Society', Jul 2020. [En línea]. Available: <https://thepsychologist.bps.org.uk/we-will-have-live-risk-covid-19-psychology-has-much-say-about-risk>
- [45] Vinje HF, Langeland E, Bull T. Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994. 2016 Sep 3. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA, editors. The Handbook of Salutogenesis [Internet]. Cham (CH): Sp, «In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA, editors. The Handbook of Salutogenesis [Internet]. Cham (CH): Springer; 2017. Chapter 4. PMID: 28590660.».
- [46] «Centre for Mental Health,» Covid-19 and the nation's mental health: October 2020, Oct 2020. [En línea]. Available: <https://www.centreformentalhealth.org.uk/publications/covid-19-and-nations-mental-health-october-2020>

- [47] Sam Hubley, Sarah B Lynch, Christopher Schneck, Marshall Thomas, and Jay Shore, «Review of key telepsychiatry outcomes,» *World J Psychiatry*, vol. 6, nº 2, pp. 269-282, 2016.
- [48] World Health Organization. Fountain House Inspiring Communities for Mental Health, «Meeting report on excess mortality in persons with severe mental disorders,» Who Headquarters, Geneva, 18-20 nov 2015.
- [49] Lorena de la Fuente-Tomas, Mónica Sánchez-Autet, Leticia García-Álvarez, Leticia González-Blanco, Ángela Velasco, Pilar A. Sáiz Martínez, María P. Garcia-Portilla,, Julio Bobes, «Estadificación clínica en los trastornos mentales graves: trastorno bipolar, depresión y esquizofrenia,» *Revista de Psiquiatría y salud mental*, vol. 12, nº 2, pp. 106-115, 2019.
- [50] Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental, 2020.
- [51] Imran Shuja Khawaja, Joseph J. Westermeyer, Prashant Gajwani, Robert E. Feinstein,, «Depression and Coronary Artery Disease. The Association, Mechanisms, and Therapeutic Implications,» *Psychiatry (Edgmont)*. , vol. 6, nº 1, pp. 38-51, 2009 Jan.
- [52] Marc De Hert, Johan Detraux and Davy Vancampfort,, «The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders,» *Dialogues Clin Neurosci*, vol. 20, nº 1, pp. 31-40, 2018.
- [53] Ken Duckworth, Statement in Mental Health in the Time of COVID-19 Webinar. Harvard T.H. Chan School of public Health., <https://www.youtube.com/watch?v=bHRqOm3Bd8g>, Jan 27, 2021 (min 58:05)
- [54] Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T. et al, «Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness,» *Dis-Manage-Health-Outcomes* , vol. 9, pp. 141-159, 2001.
- [55] Yu, S.W.Y., Hill, C., Ricks, M.L. et al. , «The scope and impact of mobile health clinics in the United States: a literature review,» *Int J Equity Health* , vol. 16, p. 178, 2017.
- [56] Fils-Aimé JR, Grelotti DJ, Thérosmé T, Kaiser BN, Raviola G, Alcindor Y, Severe J, Affricot E, Boyd K, Legha R, Daimyo S, Engel S, Eustache E, «A mobile clinic approach to the delivery of community-based mental health services in rural Haiti,» *PLoS One*, vol. 13, nº 6, p. e0199313, 2018 Jun 20.
- [57] Rubin RM, Hurford MO, Hadley T, Matlin S, Weaver S, Evans AC. , «Synchronizing Watches: The Challenge of Aligning Implementation Science and Public Systems,» *Adm Policy Ment Health.*, vol. 43, nº 6, pp. 1023-1028, 2016 Nov 4.
- [58] Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, Craig TJ, Nordentoft M, Srihari VH, Guloksuz S, Hui CLM, Chen EYH, Valencia M, Juarez F, Robinson DG, Schooler NR, Brunette MF, Mueser KT, Rosenheck RA, Marcy P, Addington J, Estroff SE, Robin, «Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression,» *JAMA Psychiatry*. , vol. 75, nº 6, pp. 555-565, 2018 Jun 1.

- [59] Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, McDaid D, Marín O, Serrano-Drozdowskyj E, Freedman R, Carpenter W, «Preventive strategies for mental health,» *Lancet Psychiatry*, vol. 5, nº 7, pp. 591-604, 2018 Jul.
- [60] Julia Cream, Alex Baylis, Joni Jabbal, Gbemi Babalola, Siva Anandaciva, Megan Price, Helen Joubert, Andrew McCracken, Clare Sutherland, Deena Maggs and Sarah Murphy, «Covid-19 recovery and resilience: what can health and care learn from other disasters?,» The King´s Fund, 2021 Feb 4. [En línea]. Available: https://features.kingsfund.org.uk/2021/02/covid-19-recovery-resilience-health-care/?utm_source=The%20King%27s%20Fund%20newsletters%20%28main%20account%29&utm_medium=email&utm_campaign=12133652_NEWSL_HW-B_2021-02-08&dm_i=21A8,782DW,UCG6G2,TB334,1
- [61] Michael West, Regina Eckert, Katy Steward, Bill Pasmore, «Developing collective leadership for health care,» The King´s Fund, May 2014. [En línea]. Available: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/developing-collective-leadership-kingsfund-may14.pdf
- [62] Goldmann E, Galea S, «Mental health consequences of disasters,» *Annu Rev Public Health*, vol. 35, pp. 169-83, 2014.
- [63] Neria Y, Nandi A, Galea S, «Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review,» *Psychol. Med*, vol. 38, p. 467-80, 2008.
- [64] Sandro Galea, Arijit Nandi, David Vlahov., «The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters,» *Epidemiol Rev* , vol. 27, pp. 78-91, 2005.
- [65] Boscarino JA, Galea S, Ahern J, Resnick H, Vlahov D, «Utilization of mental health services following the September 11th terrorist attacks in Manhattan, New York City,» *Int J Emerg Ment Health*, vol. 4, nº 3, pp. 143-55, 2002 Summer.
- [66] Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. , «Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication,» *Arch. Gen. Psychiatry* , vol. 62, p. 629-40, 2005.
- [67] Norris F, Friedman MJ, Watson PJ, «60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research,» *Psychiatry*, vol. 65, p. 240-60, 2002.

