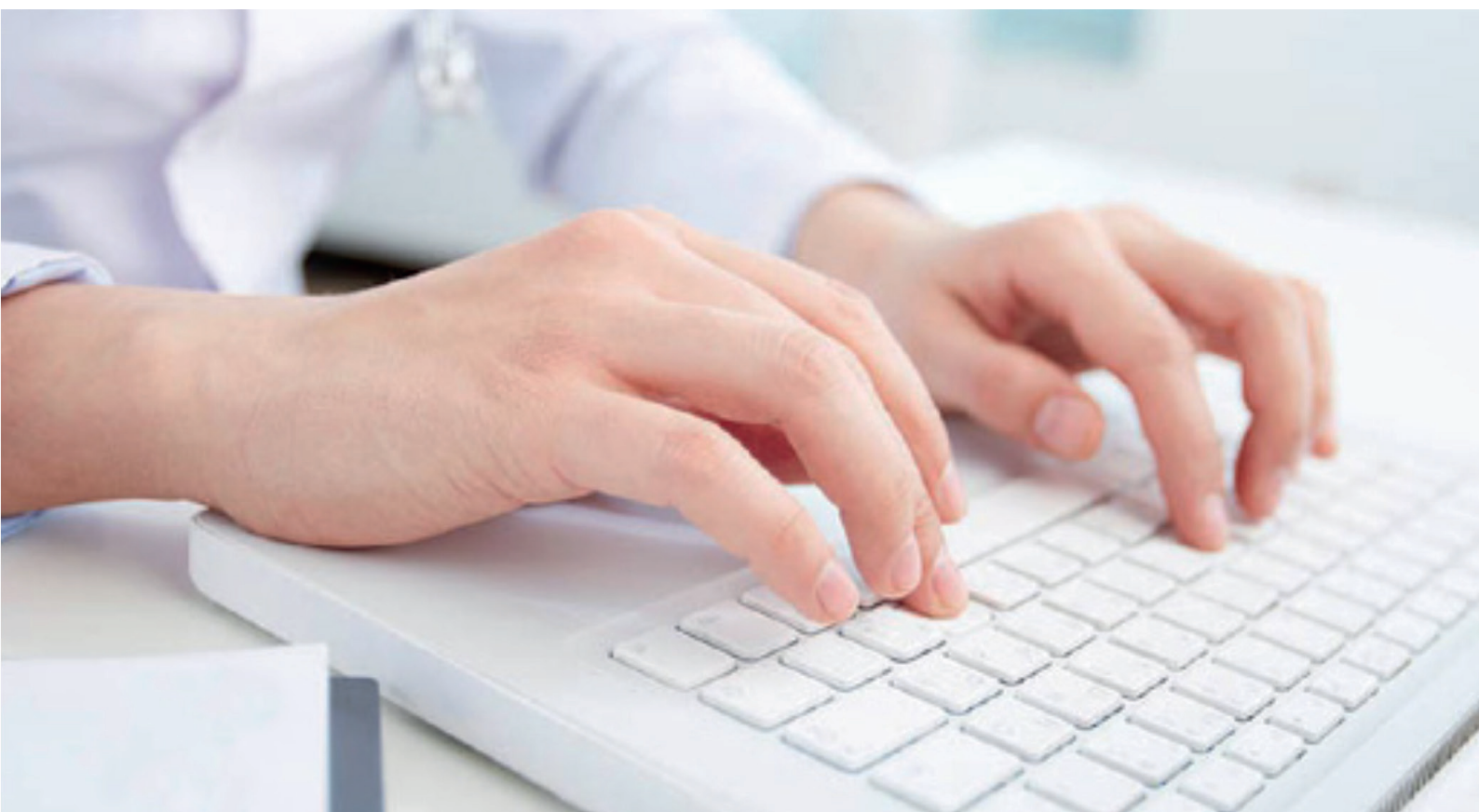


INFORME

**ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y COVID-19:  
ALGUNAS RESPUESTAS INICIALES EN URUGUAY**



# **ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y COVID-19: ALGUNAS RESPUESTAS INICIALES EN URUGUAY**

## **Nicolás Bagattini**

Médico pediatra. Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica.  
Coordinador SPR (Society for Psychotherapy Research), Uruguay.  
Coordinador asistencial en Clínica UNO.

## **Denisse Dogmanas**

Doctora en Psicología. Profesora adjunta del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Udelar. Asesora técnica del Área Programática de Atención en Salud Mental del Ministerio de Salud Pública.

## **Luis Villalba**

Médico psiquiatra. Máster en Psicoanálisis. Presidente de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Ex profesor adjunto especializado en Psicoterapia de la Clínica de Psiquiatría de la Facultad de Medicina.

## **Ricardo Bernardi**

Prof. emérito de la Facultad de Medicina. Miembro de la Academia de Medicina. Integrante del Grupo Asesor Científico Honorario (GACH, Área de planificación de salud, asistencia y prevención).

Correspondencia: nicobaga@gmail.com

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con lo informado en el trabajo.

## Resumen

El presente trabajo describe algunas de las respuestas iniciales del sistema de atención en Salud Mental a la presencia de la pandemia en Uruguay. La covid-19 presentó en sus primeros meses características particulares en este país: la rápida respuesta y el menor porcentaje de casos en comparación con otros países de la región. Jugaron un papel fundamental el autocuidado responsable de la población y la coordinación entre los recursos sanitarios y científicos del país. Se examina la forma en la que se desarrolló la atención a distancia y la utilización de una línea telefónica para dar apoyo psicológico de carácter urgente y se reseñan otras acciones y estrategias puestas en marcha. Se discuten las enseñanzas de esta experiencia: a) en cuanto a las necesidades insatisfechas de atención en crisis individuales o colectivas y b) el potencial de los recursos digitales y de la atención basada en comprobaciones científicas, para mejorar la atención.

Palabras clave: salud mental, Uruguay, coronavirus, cuarentena, telemedicina, asistencia en crisis.

## Summary

This paper describes some of the initial responses of mental health care system to the pandemic in Uruguay. During the first months, Covid-19 presented in a different way when compared to other countries in the region with a rapid response and less number of cases. Responsible selfcare of the population and coordination between health and scientific resources played a fundamental role. The way in which remote care was developed and the use of a telephone line for urgent psychological support are examined, and other actions and implemented strategies are outlined. Some lessons are discussed: a) unmet care needs in individual or collective crises and b) the potential of digital resources and evidence based strategies for improvement of care.

Key words: mental health, Uruguay, coronavirus, quarantine, telemedicine, crisis intervention  
El presente trabajo es fruto de la colaboración entre los autores y el Grupo Asesor Científico Honorario (GACH) del Gobierno.

## 1. Introducción

El 13 de marzo de 2020 Uruguay presentó los primeros 4 casos de infección por SARS-CoV-2, siendo uno de los últimos países latinoamericanos a los cuales llegó la crisis sanitaria global. Rápidamente el Gobierno uruguayo declaró al país en estado de emergencia sanitaria por causa del virus: se estableció la suspensión de clases en todos los niveles educativos públicos y privados, la suspensión de los espectáculos, el cierre de todos los centros comerciales y el cierre de fronteras. Se exhortó al confinamiento, pero no se impuso una cuarentena obligatoria, sino que se apeló a la responsabilidad de la población y se realizó una campaña nacional de educación y concientización sobre las medidas preventivas generales. De acuerdo con una encuesta realizada a una muestra de 600 personas representativa de población de Montevideo mayor de 18 años, en el mes de abril, un alto porcentaje de la población acató las medidas. A modo de ejemplo, el 87 % reportó que «no se reunía con amigos o conocidos en casas ni en lugares públicos».<sup>1</sup>

El 13 de abril, un mes después, se retoman las actividades en forma lenta, progresiva y regulada por protocolos rigurosos, comenzando por la construcción. Los mensajes a la población fueron variando en forma correlativa: de «quédese en casa» a «cuídese», haciendo referencia a las medidas de distanciamiento, uso de tapabocas, etc. Desde el punto de vista psicológico, el énfasis de la exhortación varió entre recomendar el confinamiento a recomendar luego no dejar de consultar por otras patologías y a medida que se fueron retomando las actividades, no descuidarse, o realizar fiestas o actividades con desconocimiento de los protocolos que rigen todas las actividades. Al 13 de agosto, fecha de redacción de este trabajo, no han surgido señalamientos de incumplimientos graves a los protocolos existentes. Este dato, a nuestro entender, forma parte del diagnóstico de situación, en sentido amplio, sobre la salud mental (SM) de la población.

El intercambio científico sobre la repercusión de la pandemia en la SM también comenzó a darse rápidamente. En las redes de todo el mundo se difundió la expresión «la cuarta ola»<sup>1</sup> para denominar los efectos acumulados sobre la SM de los sucesivos impactos provocados por la pandemia y por sus consecuencias a distintos niveles.

Una primera ola estaría dada por los efectos directos de la morbilidad y mortalidad causadas por la infección viral, el temor que ella provoca y las consecuencias del confinamiento. A esto se

sumaría una segunda ola provocada por los efectos económicos de la reducción de actividades. La tercera ola es la consecuencia de la interrupción o retraso en la asistencia a otras patologías. Por último, la cuarta ola está dada por el efecto sumado de las anteriores sobre la SM.

En diferentes partes del mundo comenzaron a publicarse revisiones referidas a los efectos de la cuarentena y el aislamiento.<sup>2-4</sup> En estas se comunica que «la mayoría de los estudios revisados informaron efectos psicológicos negativos, incluyendo síntomas de estrés postraumático, confusión e ira». En la descripción de los diferentes síntomas reportados figuran los temores a la infección y a la pérdida financiera, y el no poder contar con suministros, entre otros.

En otro estudio multicéntrico chino realizado en los primeros meses posteriores al primer brote, el 53 % de los encuestados catalogó la repercusión en SM de moderada a severa. Un 16,5 % reportó síntomas depresivos de moderados a severos y 28,8 % reportó síntomas de ansiedad de moderados a severos.<sup>5</sup> Posteriormente se comenzó a discutir los posibles efectos a largo plazo de la crisis, secundarios a la recesión económica, manejando datos de experiencias previas similares. Una de las revisiones sistemáticas sobre el tema concluye que «los períodos de recesión económica están asociados a una mayor prevalencia de problemas de SM, incluyendo los desórdenes mentales más comunes, el consumo de sustancias y en última instancia, la conducta suicida». La existencia de trastornos mentales previos intensifica estos efectos.<sup>6-8</sup>

#### **a. Algunas particularidades de la respuesta a la pandemia en Uruguay**

Una de las características centrales fue la rápida y estrecha colaboración entre el sector sanitario y académico. Al comenzar la pandemia, la Academia Nacional de Medicina (ANM) se puso a disposición del Ministerio de Salud Pública (MSP) y trabajó en conjunto con el Gobierno a través de diferentes grupos de académicos, en coordinación con el Comité de Gestión de Crisis de la Dirección General de Salud del Ministerio.<sup>2</sup>

En un comunicado del 29 de marzo de 2020, la ANM apoyó la adopción de medidas graduales buscando evitar los efectos drásticos sobre la vida en comunidad. En dicho comunicado, en cuanto a la SM, se sugiere atender los posibles efectos negativos del aislamiento social y la

soledad sobre la salud física y mental que puede generar la cuarentena. Se propone desarrollar estrategias en SM para los sectores más vulnerables, tales como la apertura de una línea telefónica para los pedidos de apoyo psicológico. Se recomienda prestar atención a la SM del personal de salud, en especial el que actúa en la primera línea de asistencia. Como estrategias frente al confinamiento el comunicado recomienda fomentar la búsqueda creativa de nuevas formas de relacionamiento y cooperación en el ámbito familiar y social. En un comunicado posterior, emitido el 15 de abril de 2020, la ANM reafirma la utilidad del trabajo conjunto con las autoridades nacionales, reconociendo que «el control del contagio es mérito del compromiso y sacrificio de todos los ciudadanos». Reconoce asimismo «la celeridad con la que el MSP y la Administración de los Servicios de Salud del Estado pusieron en marcha la línea telefónica», la cual fue propuesta también por otros actores. Se invita a la población a que «cada uno reconozca sus propios aspectos vulnerables y los límites de su resistencia al estrés [...] y solicite ayuda especializada cuando sea necesaria».

La colaboración entre autoridades sanitarias y científicos del área académica realizó posteriormente un avance importante cuando el Gobierno creó el 16 de abril de 2020 un Grupo Asesor Científico Honorario (GACH), que reunió alrededor de medio centenar de científicos del área de la salud, de las ciencias básicas y de la estadística y matemáticas para colaborar en el estudio de los datos y proponer recomendaciones al Gobierno, favoreciendo una mayor exactitud y transparencia en la información brindada a la población.<sup>9</sup> Este grupo asesor a su vez contó con la participación activa de las instituciones universitarias y científicas de todo el país, lo que hizo posible el desarrollo de una red diagnóstica a nivel nacional utilizando test PCR (RT-pPCR) producidos a nivel nacional. Esto permitió el estudio y la secuenciación genómica del virus, así como el rastreo sistemático de todos los brotes, y una respuesta rápida y reglada ante los nuevos casos favorecida por la amplia cobertura que el sistema uruguayo ofrece en el primer nivel de atención.

El GACH colaboró en la elaboración de diversos protocolos para la reanudación de actividades en diferentes sectores, cuya decisión final e instrumentación quedaba en manos de las autoridades sanitarias.

También colaboró en sugerir aspectos donde las autoridades debían poner el énfasis en las exhortaciones a la población de acuerdo con los datos de la pandemia. En estas acciones siempre se prestó atención a la SM de la población, que estaba representada por un especialista en este campo en el grupo de especialidades del GACH.

Se destaca la situación al día 13 de agosto de 2020 de relativo control de la pandemia. A diferencia de otros países de la región, en Uruguay, un país pequeño, de aproximadamente 3.5 millones de habitantes, con escasa densidad de población, el crecimiento de los casos no llegó a ser exponencial, sino que hasta el momento ocurrió en forma de brotes que pudieron ser rastreados y controlados. Desde que se declaró la emergencia sanitaria al día referido, se han procesado 138.700 test y se han registrado 1409 casos positivos de coronavirus en todo el territorio nacional. De ese total, 1180 ya se recuperaron y 37 fallecieron.<sup>10</sup> La mortalidad a la misma fecha es de 11 casos por millón de habitantes, que es claramente inferior a la de los países vecinos.<sup>11</sup>

Los cuatro factores mencionados (el relativo control de la pandemia, la participación responsable de la población, la rapidez de acción de todos los sectores involucrados y la estrecha colaboración entre el sector sanitario y el científico) deben ser tenidos en cuenta al examinar los efectos de la pandemia en la SM de la población y las estrategias y acciones que se exponen a continuación.

Se resumen algunas de las acciones realizadas en los cinco primeros meses de la pandemia, que van del 13 de marzo hasta el 13 de agosto de 2020. Se intentó hacer un relevamiento lo más exhaustivo posible a partir de datos del MSP, el contacto con el sector académico y las sociedades científicas. Es posible que existan limitaciones en la información.

## **2. La asistencia en salud mental durante la pandemia en Uruguay**

Se intentará esquematizar algunas de las acciones desarrolladas en el país por la red de asistencia en SM, conformada por instituciones estatales y privadas del área de la asistencia, la academia y la investigación. Estos diferentes sectores impulsaron diferentes estrategias y acciones con el fin de cubrir necesidades emergentes por la pandemia.

Además de los grupos de trabajo ya mencionados, el Área de SM del MSP convocó a una comisión asesora permanente que se puso en funcionamiento el 26 de marzo.

El grupo de expertos convocados cubrió temas de SM de infancia y adolescencia, adultos mayores y emergencias. Estos provinieron de la Facultad de Medicina (Clínica de Psiquiatría,

Cátedra de Psiquiatría Pediátrica y Cátedra de Psicología Médica); Facultad de Psicología de la Udelar (Instituto de Psicología Clínica, Instituto de Psicología Social, Instituto de Métodos y Fundamentos); Facultad de Enfermería-Udelar, Facultad de Ciencias Sociales-Udelar, Dirección de SM y Poblaciones Vulnerables de ASSE, Dirección de la Red de Atención Primaria Metropolitana de ASSE y Área de SM RAP Metropolitana.

Como sucedió a nivel global, de forma casi refleja al confinamiento, la asistencia viró rápidamente hacia la teleasistencia en diferentes modalidades (teléfono, videollamadas, etc.). Esto se dio de manera bastante generalizada en los diferentes servicios de salud estatales, así como en la práctica privada.

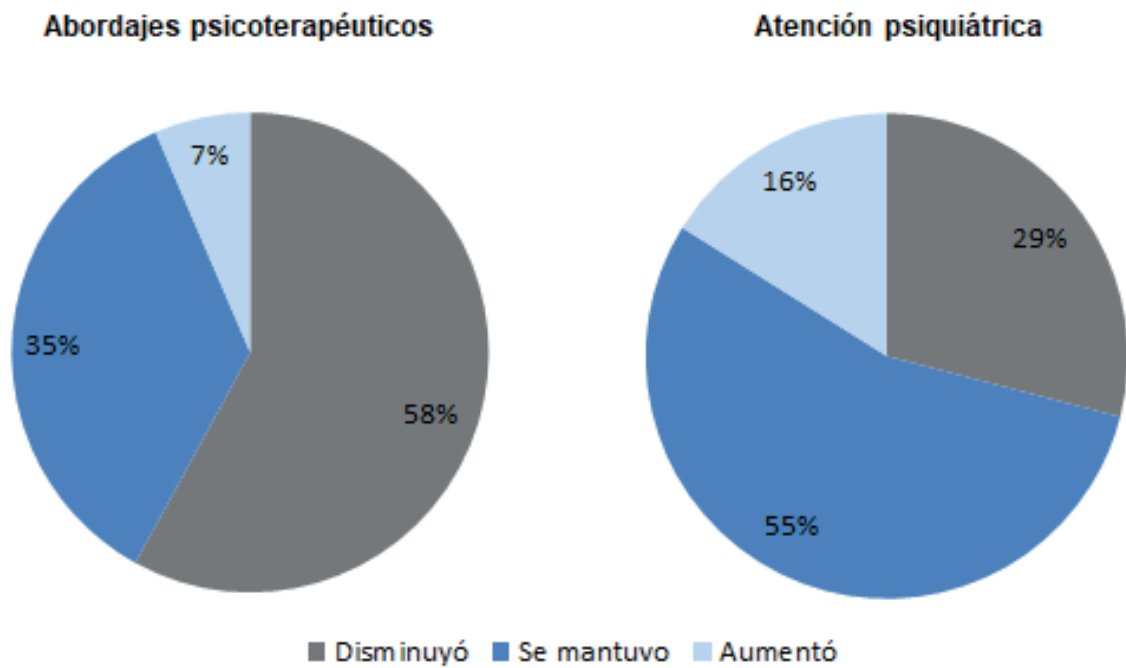
### **a. La asistencia a distancia**

En las semanas siguientes del inicio de los casos el msp emitió una ordenanza instando a mantener la continuidad y la accesibilidad de los servicios de asistencia en sm a la población, pudiendo adaptar la modalidad de atención a los recursos disponibles.

El Área Programática de Atención en sm del msp realizó un relevamiento<sup>3</sup> sobre la asistencia ambulatoria en el subsector privado del Sistema Nacional Integrado de Salud (snis) en el período 13 de marzo-30 de mayo.

Según datos aportados por el área, sobre 31 de las 43 instituciones privadas del país, el 58% de las instituciones reporta una disminución en la demanda de los abordajes psicoterapéuticos y el 29%, en la demanda a consulta psiquiátrica (gráfico 1).





Fuente: Área Programática de Atención en SM del MSP

La principal modalidad de atención utilizada por las instituciones fue la telefónica, tanto en psicoterapia como en la consulta psiquiátrica. Un número significativo de instituciones reportó haber utilizado la videollamada como recurso (gráfico 2).

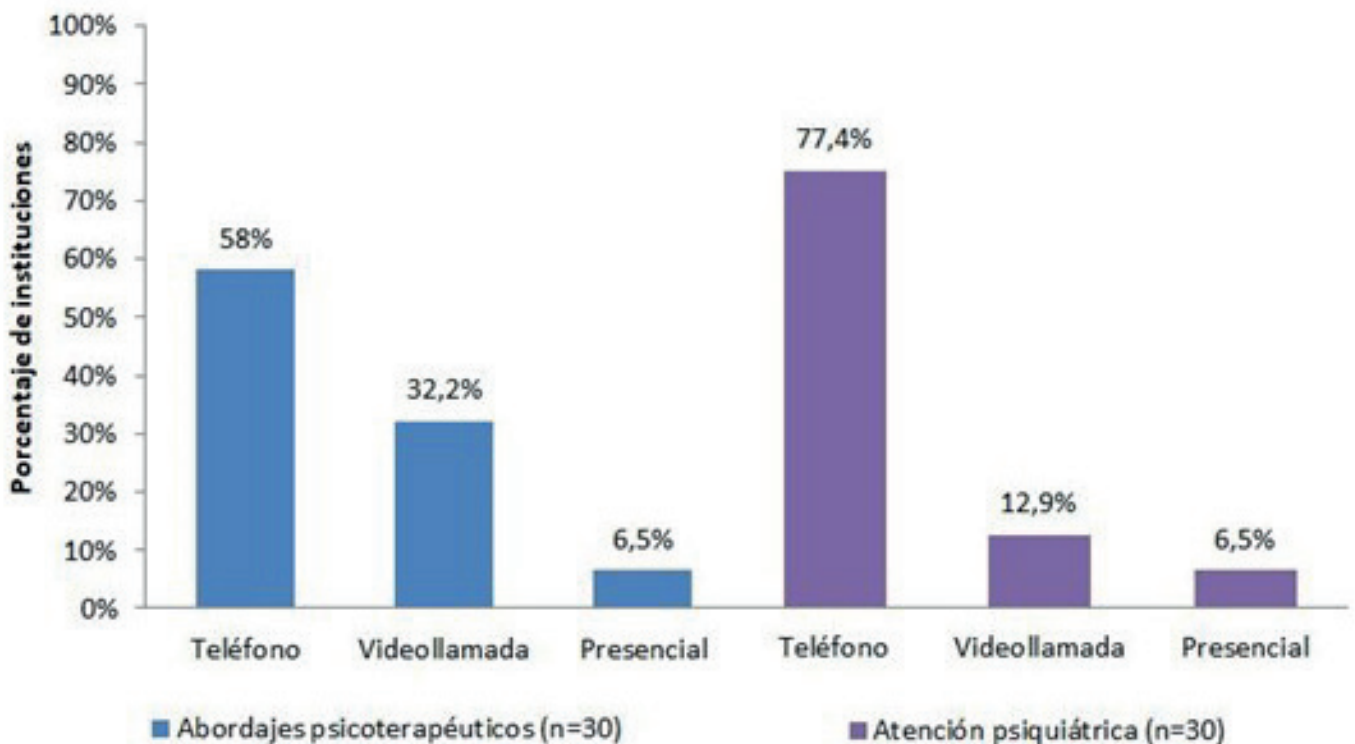


Gráfico 2. Modalidad principal de atención en instituciones del subsector privado

Fuente: Área Programática de Atención en SM del MSP

De la información recogida de diversos reportes y comunicaciones con profesionales, se desprende que luego de un tiempo de adaptación, atravesado por dificultades tecnológicas y en el cual las reticencias previas existentes en relación con la asistencia a distancia tuvieron que ser dejadas de lado por los profesionales, la atención se desarrolló con relativamente pocos problemas referidos. Esta fue útil para el seguimiento de pacientes crónicos, pero generó mayores dificultades en las primeras consultas de evaluación y diagnóstico.

Los diferentes medios disponibles para las videollamadas, antes subutilizados, comenzaron a formar parte de la vida cotidiana de los profesionales. En los últimos meses se generaron protocolos para el retorno a la presencialidad de las consultas.

El 12 de junio, en la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU) se realizó una actividad científica en la que se discutieron varios de estos temas. Se expuso la experiencia internacional de esta modalidad clínica. Se tomó como referencia a los Estados Unidos, por su larga trayectoria en la temática desde mediados de los sesenta y la mayor frecuencia de uso fuera de la pandemia. La revisión encontró una base de evidencia sustancial para la asistencia a distancia en SM.

Los resultados medidos por los estudios muestran que la práctica a distancia en SM es viable, válida (al compararse con la asistencia presencial) y confiable para diagnóstico de trastornos de diferente índole. Además, se reportan grados de satisfacción elevados entre pacientes y técnicos. En estos trabajos se plantean algunos requisitos previos para obtener buenos resultados. Entre otros, «buena capacitación clínica, disponer de programas organizados de asistencia, personal adecuado, la importancia del trabajo en equipo y de contar con tecnología adecuada, clara y confiable». <sup>12-15</sup> Aun así, no todo es positivo en los reportes. Son comunes las quejas de los colegas que manifiestan mayor cansancio en la tarea cuando se utilizan medios virtuales. Seguramente esto requerirá mayores estudios y el acostumbramiento tanto de profesionales como de pacientes. En un artículo titulado «La razón por la que las videollamadas de Zoom agotan tu energía» se plantean fundamentalmente interrogantes sobre qué es lo específicamente diferente de este medio en comparación con la comunicación cara a cara y qué es lo que hace del manejo del videochat una instancia más difícil. <sup>16</sup>

## **b. La línea telefónica de apoyo emocional frente a la covid-19<sup>4</sup>**

### **Desarrollo e implementación**

Ofrecer una línea telefónica de apoyo emocional ha demostrado utilidad en la emergencia por covid-19.<sup>14,17</sup> En Uruguay la línea telefónica de apoyo emocional (0800-1920) comenzó a funcionar el 14 de abril de 2020, cerca de un mes después de declarada la emergencia nacional. El desarrollo y la implementación del proyecto estuvieron a cargo del MSP, ASSE y el voluntariado Juntos. Contó con el asesoramiento de un miembro de la Academia Nacional de Medicina.

El servicio se instaló de modo que estuviera disponible de manera gratuita las 24 horas, todos los días de la semana, y fue destinado a toda la población que se sintiera afectada por la situación de la covid-19.

La atención fue realizada por 150 licenciados en Psicología y 16 supervisores (profesionales de mayor experiencia clínica), de carácter voluntario. El proceso implicó el desarrollo de protocolos de actuación, guías y recomendaciones técnicas para los profesionales. Además, se instrumentó un software para que las llamadas pudieran ser recibidas por los voluntarios, de modo que permitía derivar directamente al 911 (emergencias de todo tipo) y a otras líneas de ayuda tales como la Línea VIDA (para riesgo de suicidio) y la «Línea de atención a usuarios de drogas y familiares». Se elaboró una ficha de registro de las llamadas incluyendo datos sociodemográficos, del motivo de la llamada y grado de severidad de acuerdo con protocolos y estrategia establecidos con anterioridad.

Además de los grupos de supervisión, se establecieron reuniones de monitoreo y coordinación entre MSP, ASSE y el equipo que brindaba asistencia. Al inicio, se realizaron actividades de capacitación en el funcionamiento del software, protocolos y ficha de registro.

Mensualmente se realizan actividades científicas de formación e intercambio en herramientas útiles para el abordaje. En sus tres primeros meses de funcionamiento (14 de abril a 12 de agosto) se atendieron más de 10.000 llamadas.

## Características de los usuarios

A continuación, se presentan datos preliminares sobre una muestra de 1363 llamadas de los primeros dos meses. En su mayoría (74 %) fueron de género femenino; un 22 %, masculino y un 2 %, LGBT. Respecto a la edad, como puede observarse en el gráfico 3, la mayor utilización fue por parte de adultos, el mayor número de cuales se encuentra entre los 61 a 70 años, seguidos de personas de entre 51 a 60 años y de 41 a 50 años.

Los usuarios pertenecieron en su mayoría a Montevideo (62 %), seguido de Canelones (12 %). Respecto a la cobertura de salud, se atendieron tanto usuarios de ASSE como pertenecientes al sistema privado, con un porcentaje ligeramente superior a favor de ASSE.

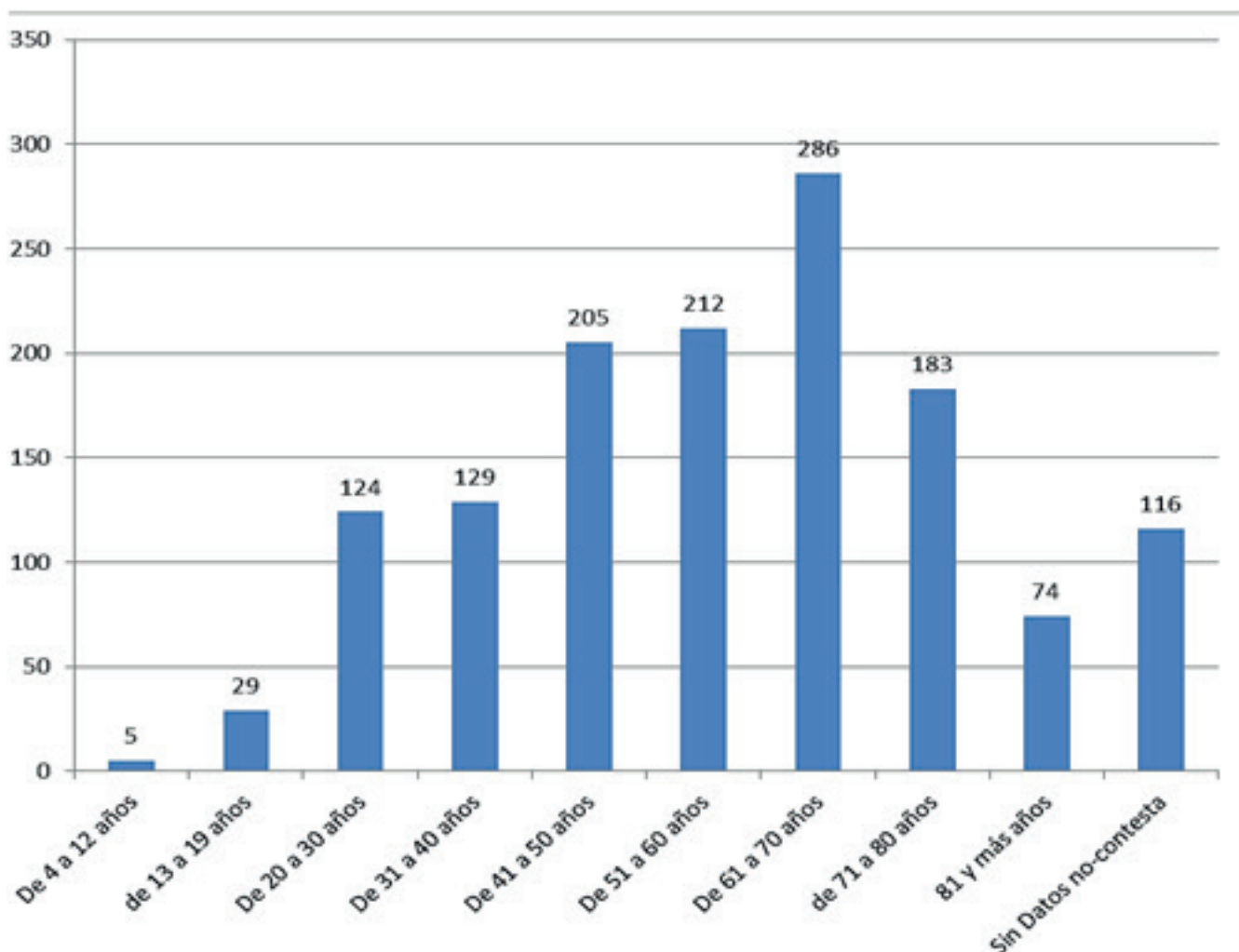


Gráfico 3. Distribución de llamadas por edad  
Fuente: Área Estadística de SM y PV de ASSE

En el gráfico 4 pueden verse los principales motivos de consulta de las personas, de acuerdo con los reportes de los profesionales que asistieron a la población. Similar a lo sucedido en otros países, un gran número de usuarios reportó síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, de soledad y aislamiento, necesidad de escucha y orientación.

Nótese que no todos los motivos de llamada estuvieron referidos a aspectos relacionados con covid, sino que muchos de los usuarios presentaron una agudización de problemas previos por los que nunca habían consultado, así como dificultades de acceso a su prestador de salud.

La intervención de los profesionales a cargo consistió en brindar escucha, orientación, derivación y ofrecer una primera puerta de entrada para muchos usuarios. La tendencia observada en los primeros dos meses en cuanto a los motivos de consulta se ha mantenido.

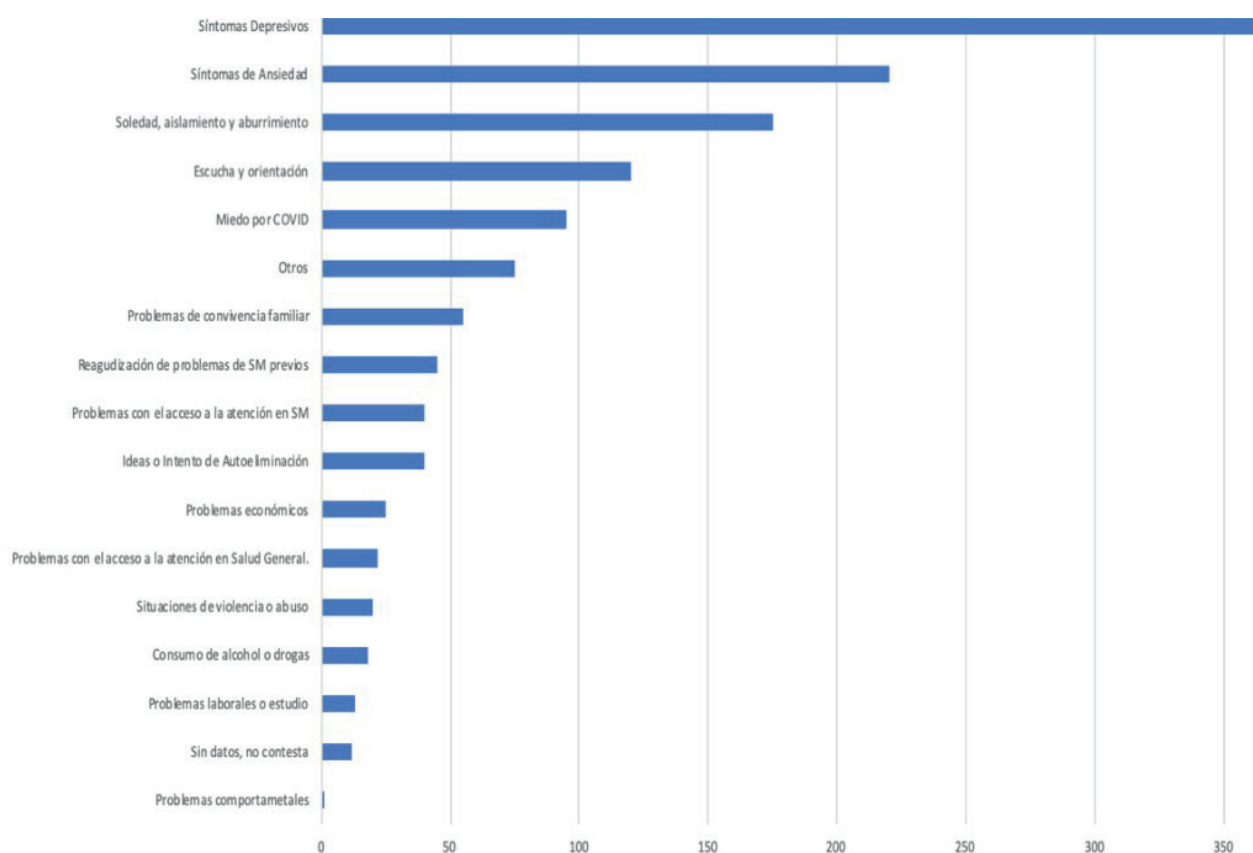


Gráfico 4. Distribución del número de llamados según motivo de consulta  
Fuente: Área Estadística de SM y PV de ASSE

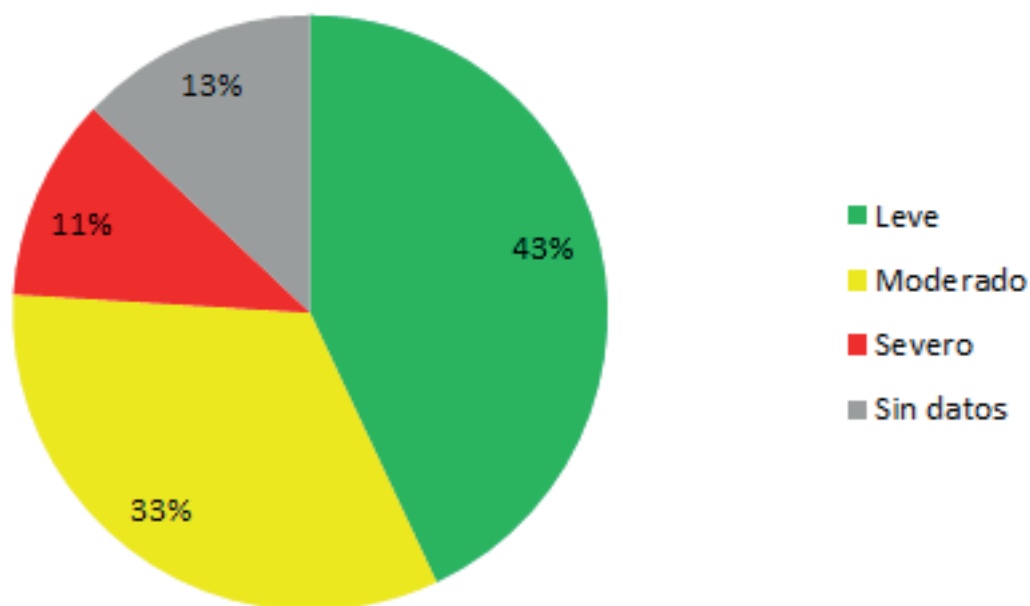
Los resultados sobre los motivos de consulta son coherentes con los resultados recogidos en ese mismo período por la encuestadora Equipos Consultores, la cual muestra, entre otros resultados, el cambio en el bienestar subjetivo de los trabajadores en el período inmediatamente posterior al inicio de la pandemia, con un 20 % de uruguayos que reportan sentirse solos, así como sentimientos depresivos y tristeza, en oposición a cifras menores al 10 % en fechas previas a la crisis.<sup>18</sup>

Para orientar a los profesionales que atendían las llamadas se les pidió que las clasificaran en tres situaciones: el color verde correspondía a aquellas llamadas en las que la impresión clínica del profesional sugería un problema actual de carácter focal en el que no existían antecedentes previos que trajeran preocupación adicional y en el que el desarrollo de la conversación sugería que la persona podría manejar la situación. En esa circunstancia solo se sugería volver a llamar en caso de que ocurrieran imprevistos que la complicaran.

En el otro extremo, las llamadas clasificadas como rojas correspondían a aquellos casos en los que existía peligro de desenlaces desafortunados y que por lo tanto requerían ser derivados sin demora a servicios asistenciales capacitados para atender emergencias. En esos casos la llamada se prolongó mientras se lograba el contacto con el nuevo servicio al que se derivaba. En el espacio existente entre los casos catalogados como verde o rojo se encontraban los considerados amarillos, en los que si bien la persona mostraba recursos para poder manejar la situación persistían dudas que hacían aconsejable sugerirle que volviera a llamar a la línea si surgían dificultades (gráfico 5). En las conclusiones reflexionamos sobre la enseñanza de esta experiencia respecto a los requerimientos que debería cumplir la atención en crisis.

Gráfico 5. Distribución de llamadas según la severidad de la problemática

Fuente: Área Estadística de SM y PV de ASSE



No se dispone de datos sobre los resultados de la experiencia desde la perspectiva de los usuarios, aunque existen diferentes reportes cualitativos de los técnicos encargados de recibir las llamadas que dan cuenta de la resolución de múltiples situaciones de variada severidad, así como del agradecimiento de las personas por la ayuda brindada. También es importante destacar que en el período marzo-junio de 2020 la Línea VIDA (0800-0767) de atención a riesgo suicida tuvo un aumento en sus llamadas de un 321 % con respecto al mismo período de 2019.

### **c. La asistencia en el Hospital Español**

El Hospital Español de ASSE fue designado por el Gobierno como el Centro de Referencia de Salud Pública para la contingencia de la atención de pacientes con la enfermedad covid-19. Con fecha 31 de marzo de 2020 la Facultad de Psicología de la Universidad de la República recibió desde la Dirección del Hospital Español la solicitud de apoyo para brindar soporte emocional a posibles usuarios con covid-19.

### **d. Intervenciones dirigidas a los trabajadores de la salud**

Según datos aportados por el MSP sobre atención en SM en el marco de covid sobre 31 instituciones privadas, se relevó que el 74% reportó haber ofrecido algún tipo de intervención

dirigida a esta población, por ejemplo, atención a través de una línea telefónica o videollamada específica para los profesionales, la difusión de material escrito y/o audiovisual, los grupos o talleres vía Zoom, prioridad en las consultas, intervenciones psicoterapéuticas en crisis, entre otras.

En el marco de una estrategia institucional, el Servicio de Atención Psicológica Preventivo-Asistencial (SAPPA), en el marco del Convenio ASSEAsistencia Integral/Udelar/Facultad de Psicología, se propuso ofrecer un dispositivo de atención en crisis que pudiera dar respuesta inmediata a todos los trabajadores de la salud y sus núcleos familiares.

Otras instituciones públicas y privadas también ofrecieron asistencia destinada a esta población. Muchas de estas iniciativas pueden consultarse en el sitio del Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina.<sup>19</sup>

#### **e. Dispositivos de respuesta grupal del Sistema Nacional Integrado de Salud en el marco de la covid-19**

Con el propósito de aumentar la oferta asistencial en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el MSP solicitó a los prestadores de salud del SNIS la implementación de abordajes grupales como respuesta frente a la situación de crisis por coronavirus.

El objetivo fue asegurar la accesibilidad a las prestaciones de SM para las personas en situación de riesgo y/o crisis. El comunicado del Área Programática de Salud Mental del MSP sobre la medida establece que dentro del Modo 1 de las prestaciones en salud mental (Decreto 305/011) que establece intervenciones grupales para determinados grupos (y no admite lista de espera) se suman nuevas poblaciones priorizadas, muchas de las cuales tienen que ver con los efectos de la pandemia.<sup>20</sup> El dispositivo apunta a la intervención en situación de crisis y emergencia con una duración de hasta 8 sesiones. Estos grupos se deben sumar a toda la gama de prestaciones en SM ya existentes en cada prestador. Se planteó que la modalidad en la que se desarrollarán los grupos podría variar en el tiempo, siendo a distancia, presencial y/o mixta, de acuerdo con la evolución de la crisis sanitaria para facilitar el acceso de los usuarios. Las poblaciones priorizadas por el MSP para los abordajes fueron los familiares con niños/as en edad preescolar o escolar con afectación por el coronavirus o distanciamiento social, los adolescentes, los usuarios y/o familiares que cursan o cursaron coronavirus, las personas mayores con afectación



emocional por sentimiento de soledad y aislamiento, los adultos con afectación emocional por los cambios, inestabilidad y pérdidas en su situación socio-económica-laboral, entre otras.

#### **f. Otras iniciativas asistenciales**

Existieron diferentes iniciativas de carácter gratuito para los sectores de menores recursos. La Facultad de Psicología de la Universidad de la República ofreció atención por parte de estudiantes avanzados, con el apoyo de docentes de la Facultad.<sup>21</sup>

La Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Católica del Uruguay brindó asistencia gratuita a población sin recursos a través de sus estudiantes y docentes como parte del curso de intervenciones terapéuticas.

Liderado por el académico Prof. Dr. Henry Cohen, el Proyecto ECHO de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, que trabaja en cooperación internacional, brindó una serie de teleclínicas ad hoc con el fin de contribuir al fortalecimiento de las capacidades del personal de la salud. Se realizaron 14 teleclínicas, 3 de las cuales abordaron la problemática referida a la SM. Una de ellas, en la que se intercambiaron sobre «las trayectorias asistenciales de las personas con trastorno mental en el marco de la pandemia de covid-19», realizó un relevamiento de la red de SM de ASSE. Se envió un formulario a los equipos de SM en las diferentes regiones cubiertas por ASSE, de los cuales se obtuvo 16 reportes. De acuerdo con las respuestas, las modalidades presencial y telefónica fueron las más utilizadas.<sup>22</sup>

A través de su sitio institucional, ASSE puso a disposición en diferentes páginas<sup>5</sup> información general con estrategias para afrontar diferentes condiciones como, por ejemplo, el estrés y la ansiedad. Estas se dirigieron a los usuarios (con recomendaciones dirigidas a poblaciones específicas) y también al personal de salud.

#### **g. Investigaciones en curso**

En el apéndice del texto, hay una lista de investigaciones en curso, muchas de las cuales se desarrollan en forma colaborativa con otros centros. Se incluye esta información porque

refleja una respuesta activa del sistema académico y científico a la situación, con la iniciativa de avanzar en el conocimiento sobre la relación entre la pandemia y la SM de los uruguayos y la participación en redes internacionales.

### **3. Los recursos digitales: pasos iniciales, el contexto y los desarrollos futuros**

#### **a. Pasos iniciales durante la pandemia**

El camino de la transformación digital se aceleró en el mundo entero en el contexto de la covid-19. En este aspecto, Uruguay no fue diferente.

Algunos recursos que estaban siendo subutilizados pasaron a ser herramientas fundamentales de comunicación para la asistencia en SM.

Por otro lado, como se mencionó, el país respondió de forma rápida para la detección epidemiológica y la información centralizada de la población creando la aplicación Coronavirus. uy. En ella, todo aquel que reportara síntomas fue informado de forma automatizada de las medidas a tomar según un algoritmo de screening sintomático. El prestador de salud también fue notificado para que estuviera al tanto del caso. En caso de ser un paciente en riesgo de actividad de la infección, la aplicación realizaba la derivación automática al prestador de salud correspondiente, donde podía darse una consulta de telemedicina como segundo paso.

Se debía registrar todo el proceso del caso sospechoso, hasta su confirmación o desestimación, y el registro se seguía hasta el alta de la enfermedad.<sup>23</sup>

El 2 de abril de 2020, únicamente 20 días posteriores al inicio de los casos en el país, se promulgó la ley para la implementación y desarrollo de la telemedicina como prestación de los servicios de salud: Ley N.º 19.869.

Esta ley establece los principios que sustentan la telemedicina: la universalidad, la equidad, la calidad del servicio, la eficiencia, la descentralización, la complementariedad y la confidencialidad.<sup>24</sup> Se estudió la posibilidad de complementar la línea telefónica con una app que permitiera un mayor estudio y seguimiento de los casos.

#### **b. El contexto de digitalización en Uruguay**

Uruguay es un país con un alto índice de digitalización. En 2019, el acceso a Internet fue total en los hogares del quintil de mayores ingresos (99 %), en los quintiles 3 y 4 se encuentra camino a la universalización (mayor a 90 %), en el quintil 2 es del 84 % y en el quintil 1, 7 de cada 10 hogares tiene conexión a Internet.<sup>25</sup>

Desde 2018 existe el decreto y ordenanza N.º 242/017 de historia clínica electrónica nacional (HCEN).<sup>26</sup> Este democratiza el acceso del usuario a su información de salud y permite un registro automatizado e histórico de las acciones médicas y exámenes realizados a los pacientes. El cometido principal es que la información clínica esté disponible para la continuidad asistencial. O sea que los primeros beneficiarios son los pacientes y el equipo es un medio de salud.

Las tasas de utilización de medios electrónicos por instituciones y profesionales de la salud tienen una tendencia creciente muy clara, con un aumento marcado de la utilización de medios digitales tanto por instituciones como por profesionales, al comparar las mediciones del 2014 con las del 2018. En el último reporte disponible, el porcentaje de instituciones que registran digitalmente sus datos ascendió a un 74 %, y el 80 % de los profesionales reporta utilizar siempre la computadora mientras atiende al paciente.<sup>27</sup>

A pesar de este contexto nacional favorable, muchas consultas fueron demoradas y la cobertura disminuyó (por ejemplo, el control evolutivo de patología crónica) generando eventuales problemas de salud y aumento de costos a futuro. Probablemente diversos factores influyeron en este hecho. Los diferentes actores (instituciones, profesionales, técnicos y pacientes) tuvieron que adaptarse a la nueva modalidad de atención y sortear dificultades pragmáticas. Entre otras, el desconocimiento del software necesario y las técnicas específicas para la atención remota en SM por parte de los responsables de la asistencia.

Con la finalidad de brindar una solución integral que permita el acceso digital a la línea de apoyo emocional antes referida, AGESIC, MSP, Dirección de Informática de ASSE y otros trabajaron en el desarrollo de una solución integral de telemedicina para SM.<sup>6</sup> Esto consiste en una plataforma de telemedicina y una de Contact Center, lo cual permitiría la realización de consultas on-line y/o a través de agenda, video consultas e historial médico.<sup>7</sup>

### **c. Potenciales usos de las TIC en la asistencia en Salud Mental<sup>8</sup>**

En la presentación antes referida del 12 de junio en la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, parte de los autores del presente trabajo realizaron una revisión sobre las diferentes tecnologías de la información y la comunicación utilizadas en el área de la SM. Se especificaba que se debía pensar «en tiempos del COVID-19 y después».<sup>28</sup>

Aproximadamente en la misma fecha, las Naciones Unidas emitían un llamado a la acción para los gobiernos, postulando una «inversión sustancial necesaria para evitar una crisis de Salud Mental».

En este documento, Kestel, D. (directora del Departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias en OMS) expresa que «la ampliación y reorganización de los servicios de Salud Mental que ahora se necesitan a escala mundial es una oportunidad para construir un sistema de Salud Mental adecuado para el futuro».<sup>29</sup>

En otro artículo referido a la respuesta italiana en SM frente a la emergencia por covid-19, los autores expresan: «¿Cuáles son las principales lecciones para los servicios de SM que se pueden aprender de esta situación imprevista? La primera lección es que “las unidades deben estar equipadas con tecnologías y procedimientos de salud electrónica apropiados para hacer frente a situaciones como esta”. Por ejemplo, “poder gestionar consultas en línea, ya sea por enlace de video o servicio de mensajería”. Esas consultas en línea deberán incluir arreglos para cambios en los medicamentos, comunicación con personas que apoyan a pacientes que viven solos en casa y aquellos que de repente están expuestos a un marcado aislamiento, y asesoramiento para pacientes que viven en hogares con altos niveles de conflicto».<sup>30</sup>

La investigación alrededor de las TIC en el área de SM está en franco desarrollo. Las áreas cubiertas son innumerables y tienen grados variables de avance, con algunas aplicaciones en etapa de implementación clínica que cuentan con una base de evidencia firme.<sup>31-34</sup>

## 4. Discusión y conclusiones

En el presente trabajo se describen algunas de las respuestas iniciales del sector de SM a la pandemia por coronavirus. Se incluyen aquellas que nos parecieron más relevantes y sobre las cuales se obtuvieron datos confiables. Se puso el acento en señalar las demandas que se identificaron en la población, y los medios a través de los cuales se ofrecieron las respuestas sanitarias. Se destaca la multiplicidad de las respuestas, su coordinación y el valor que tiene la colaboración de la población como indicador de resiliencia en el área de la SM. Se incluyó en esto el desempeño de los equipos de salud y el trabajo honorario y dedicado de muchos profesionales.

Durante la fase inicial de la pandemia (de acuerdo con lo reportado por las instituciones relevadas en el sector privado) la demanda asistencial disminuyó en psiquiatría y más aún en psicoterapia. Es posible que esto forme parte de la retracción general de las consultas, secundaria al temor a concurrir a instituciones de salud. Este dato contrasta con el alto número de llamadas a la línea telefónica, lo que sugiere que esta última se ajustaba más a las necesidades del momento. La línea telefónica de apoyo emocional 24 horas para la población resultó ser un recurso con importante nivel de uso. La naturaleza de los pedidos de ayuda relevados en esta refleja el impacto psicológico inicial de la covid-19 y de las medidas de reclusión en nuestro país.

En la población que utilizó este servicio, predominaron los sentimientos depresivos, de ansiedad, la soledad y la necesidad de orientación frente a situaciones que se sienten difíciles de afrontar. Solo en segundo lugar apareció el temor específico a la infección viral, lo que probablemente responde a las características que tuvo hasta ahora la pandemia en Uruguay. Predominaron los sentimientos de desánimo, miedo y el desconcierto frente a una situación que se vive como peligrosa, que aísla de los otros significativos y frente a la cual se procura encontrar contacto humano y orientación. Esta sintomatología tuvo características similares a las señaladas en otros países.

Los datos sugieren que esta demanda proviene tanto del sector público como del privado, indicando que al parecer abarca todos los estratos de la sociedad. Los testimonios recogidos señalan que la demanda es más intensa en aquellas personas en las que coinciden vulnerabilidades a nivel de la personalidad con situaciones de aislamiento y conflictos

familiares o falta de soporte social e indefensión. La preponderancia del «código verde», que indica problemáticas menos graves, sugiere el predominio de los factores situacionales frente a las patologías más graves. Sin embargo, un porcentaje significativo requirió ayuda urgente del sistema de salud.

Este es un punto que requiere mayor investigación. Lo mismo compete al seguimiento de los casos que permitiría comprobar la efectividad de la ayuda brindada.

Es muy posible que las patologías más severas y las situaciones de disfunción social estén sobrepresentadas en los motivos de llamadas a la línea. No se dispone de información sobre el número de suicidios en este período. Es posible que el incremento de llamadas a la línea de prevención del suicidio pueda estar influido por las derivaciones desde la línea de apoyo psicológico, pero, de todos modos, este aumento marcado obliga a una especial atención a este tema. Esta atención deberá estar puesta no solo en los cuadros depresivos, sino también en las situaciones conflictivas familiares, el alcoholismo y otros factores que pueden influir en los suicidios, como surge de diversos estudios nacionales.<sup>35, 36</sup>

Se recabaron los datos de la experiencia internacional sobre la validez y confiabilidad de la atención a distancia y se encontró importante evidencia que coincide en su utilidad. Debe estudiarse aún en qué pacientes y circunstancias es preferible el uso exclusivo de la voz o la inclusión de la imagen a través de una videollamada, o cuándo es necesaria la atención presencial.

Las opiniones recogidas de los operadores y supervisores<sup>9</sup> sugieren la satisfacción del usuario y de los prestadores con la experiencia de la atención a distancia. También fue señalado que la atención en crisis se realiza en mejores condiciones si es posible más de un contacto con el usuario. Son necesarios estudios sistemáticos de seguimiento para evaluar adecuadamente las acciones realizadas durante la crisis dirigidas a las necesidades de SM. No se realiza un análisis específico de determinadas poblaciones como los trabajadores de la salud, los niños, personas mayores, etc. Todos estos y otros grupos requieren un estudio aparte.

Como se señala, existen una serie de iniciativas de investigación que se encuentran en curso que permitirán ampliar el panorama sobre estos puntos. Se destaca al respecto un artículo publicado en abril de 2020, referido a las prioridades de investigación en el contexto de pandemia, en el que se señala que las iniciativas «deben coordinarse a nivel nacional e

internacional» y que «la prioridad inmediata es la recopilación de datos de alta calidad sobre la Salud Mental y los efectos psicológicos de la pandemia de covid-19 en toda la población y en grupos vulnerables». <sup>37</sup>

La información permite extraer algunas enseñanzas para la atención en SM a futuro en nuestro país: muchos de los llamados a la línea de apoyo emocional fueron por crisis personales o familiares de muy distinto tipo cuyo origen iba más allá de la situación de pandemia. Es posible que esta última haya acentuado el clima de inseguridad, pero también es muy probable que esta línea haya facilitado el acceso al sistema de salud de personas que de otra forma no hubieran contado con asistencia en forma fácil y rápida. Esto obliga a reflexionar sobre la necesidad de conservar y perfeccionar en forma permanente este tipo de ayuda a situaciones de crisis de diverso origen.

Se hace necesario continuar explorando la potencialidad de los recursos digitales. Uruguay podría beneficiarse de un sistema de atención remota en SM, utilizando como estructura central la historia clínica electrónica nacional (HCEN). Los llamados registros electrónicos de salud hacen posible el manejo de todos los datos patronímicos, filiatorios, epidemiológicos y socioculturales del paciente en un mismo sitio, accesible a todas las partes a quienes compete. Además de facilitar la centralización de datos, permiten la interoperabilidad, es decir, la facilidad de comunicación con otras partes del equipo, y centralizan el registro evolutivo de intervenciones, mejorando y democratizando la accesibilidad, la prescripción electrónica, la investigación y el procesamiento de datos a nivel singular y poblacional, así como el control de calidad de la asistencia.

Es fundamental cuidar la confidencialidad, así como requisitos de diverso tipo, respetando normas internacionales de protección de datos personales. <sup>38</sup>

La colaboración estrecha entre el sector sanitario y los equipos de investigación aumentó la sensación de una lucha conjunta y ayudó a pasar en forma progresiva y regulada del confinamiento casi total a la apertura gradual y monitoreada. Este es un camino que lleva a la autorregulación y a la promoción de los recursos de SM en la población. Es muy probable que la colaboración activa de la población en el mantenimiento de las medidas de seguridad haya actuado como un factor de remoralización y autoconfianza, aumentando la resiliencia ante el estrés causado por la enfermedad.

Sería fundamental disponer de datos sobre los resultados de las intervenciones. La falta de

evaluación de los resultados de la atención es una carencia en el ámbito de la SM que debe ser remediada. Diversos autores afirman que esta evaluación deberá ser desarrollada e integrada en los registros médicos electrónicos de forma rutinaria. La atención basada en mediciones debe convertirse en parte de la cultura general del sistema de atención de SM, que deberá contar con medidas de calidad estratificadas que permitan identificar las necesidades de los sectores más vulnerables y presten atención a la formación del personal de salud y a la capacitación en la mejora de calidad.<sup>39, 40</sup>

El uso transparente de criterios científicos fortaleció a todos los niveles la idea de que es necesario partir de diagnósticos de situación precisos, aplicar el mejor conocimiento disponible y monitorear el efecto de las acciones realizadas, para luego reformularlas de acuerdo con los resultados comprobados. Esta es una enseñanza de valor en este momento en que Uruguay está buscando aplicar la Ley N.º 19.52941 y un nuevo plan de SM que requiere la mejor utilización de los recursos disponibles, una rigurosa planificación, así como la evaluación y monitoreo de las reformas que se realicen.

## **Agradecimientos**

Los autores agradecen a todos aquellos que de una u otra manera han colaborado con la presente revisión, muy especialmente al Dr. Horacio Porciúncula por su revisión de la sección «La asistencia en Salud Mental durante la pandemia en Uruguay»; al Ing. Pablo Oréfice, por su revisión de la sección «TIC y Salud Mental»; a la Lic. Jimena Piriz, Lic. Florencia Alcaín, Dra. María José Soler, Dra. Emma Ponce de León por sus aportes a la sección «La línea telefónica de apoyo emocional frente a la covid-19» y a la Lic. Laura de Álava, quien contribuyó en el procesamiento de datos de la sección de asistencia a distancia.



## Referencias bibliográficas

1. Mizrahi A. Proyecto «Coronatracking-UY» [Internet] [Montevideo]: Grupo Radar; 2020. Disponible en: <[www.gruporadar.com.uy/01/07-04-2020-un-86-de-los-montevideanos-tiene-miedo-de-contagiarse-delcoronavirus-solo-20-cree-que-la-amenaza-esta-exagerada/?lang=en](http://www.gruporadar.com.uy/01/07-04-2020-un-86-de-los-montevideanos-tiene-miedo-de-contagiarse-delcoronavirus-solo-20-cree-que-la-amenaza-esta-exagerada/?lang=en)>. (Consulta: ag. 2020).
2. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395(10227):912-20. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
3. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ* 2020; 368:m313. doi: 10.1136/bmj.m313
4. Webster RK, Brooks SK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Rubin GJ. How to improve adherence with quarantine: rapid review of the evidence. *Public Health* 2020; 182:163-9. doi: 10.1016/j.puhe.2020.03.007
5. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(5):1729. doi: 10.3390/ijerph17051729
6. Banks J, Karjalainen H, Propper C. Recessions and health: the long-term health consequences of responses to the coronavirus. [London]: Institute for Fiscal Studies; 2020. doi : 10.1920 / BN.IFS.2020.BN0281
7. Margerison-Zilko C, Goldman-Mellor S, Falconi A, Downing J. Health impacts of the great recession: a critical review. *Curr Epidemiol Rep* 2016; 3(1):81-91. doi: 10.1007/s40471-016-0068-6
8. Moncho J, Pereyra-Zamora P, Tamayo-Fonseca N, Giron M, Gómez-Beneyto M, Nolasco A. Is recession bad for your mental health? The answer could be complex: evidence from the 2008 crisis in Spain. *BMC Med Res Methodol* 2018; 18. doi: 10.1186/s12874-018-0538-2
9. Radi R, Paganini F, Cohen H. Informe Grupo Asesor Científico Honorario. [Internet] [Montevideo]: Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología; 2020 mayo. 6 pp. Disponible en: <[www.gub.uy/secretaria-nacionalciencia-tecnologia/sites/secretaria-nacional-cienciatecnologia/files/documentos/publicaciones/Informe%20GACH.%20Estructura%20y%20grado%20de%20avance\\_5.pdf](http://www.gub.uy/secretaria-nacionalciencia-tecnologia/sites/secretaria-nacional-cienciatecnologia/files/documentos/publicaciones/Informe%20GACH.%20Estructura%20y%20grado%20de%20avance_5.pdf)>. (Consulta: 24 de agosto de 2020).
10. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Informe de situación sobre coronavirus COVID-19 en Uruguay. 13 de agosto [Internet]

[Montevideo]: MSP; 2020, 18 agosto. Disponible en: <[www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/informesituacion-sobre-coronavirus-covid-19-uruguay-13-agosto](http://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/informesituacion-sobre-coronavirus-covid-19-uruguay-13-agosto)>. (Consulta: 14 de agosto de 2020).

11. Covid-19 Coronavirus Pandemic [Internet]. Dover: Worldometers.info. 2020 Disponible en: <[www.worldometers.info/coronavirus/](http://www.worldometers.info/coronavirus/)>. (Consulta: 27 de julio de 2020).

12. Hilty DM. The evidence base in telepsychiatry [Internet] [Washington, D. C.]: American Psychiatric Association [s. f.]. Disponible en: <[www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/evidence-base](http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/evidence-base)>. (Consulta: jul. 2020).

13. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(4):17-8. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8

14. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, et al. The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemed e-Health* 2020; 26(4):377-9. doi: 10.1089/tmj.2020.0068

15. Torous J, Jän Myrick K, Rauseo-Ricupero N, Firth J. Digital mental health and COVID-19: using technology today to accelerate the curve on access and quality tomorrow. *JMIR Ment Health* 2020; 7(3):e18848. doi: 10.2196/18848

16. Jiang M. The reason Zoom calls drain your energy. *BBC Worklife* [Internet]. 2020, 22 de abril. Disponible en: <[www.bbc.com/worklife/article/20200421-why-zoom-video-chats-are-so-exhausting](http://www.bbc.com/worklife/article/20200421-why-zoom-video-chats-are-so-exhausting)>. (Consulta: 31 de julio de 2020).

17. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J, et al. Telehealth for global emergencies: implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Telemed Telecare* 2020; 26(5):309-13. doi: 10.1177/1357633X20916567

18. Bericat E, Acosta MJ. El impacto del COVID-19 en el bienestar emocional de los trabajadores en Uruguay [Internet] [Montevideo]: Equipos Consultores; 2020 Disponible en: <<https://equipos.com.uy/el-impactodel-covid-19-en-el-bienestar-emocional-de-los-trabajadores-en-uruguay/>>. (Consulta: 19 de abril de 2020).

19. Psicología Médica [Internet]. [Montevideo]: Departamento de Psicología Médica, Udelar; 2020. Disponible en: <[www.psicologiamedica.hc.edu.uy/](http://www.psicologiamedica.hc.edu.uy/)>. (Consulta: 14 de agosto de 2020).

20. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Área Programática de Salud Mental. Comunicado del 23 de junio 2020 a prestadores de salud del SNIS. Dispositivos de respuesta para aumentar la oferta asistencial en salud mental en los prestadores de salud del SNIS. Implementación de modo 1 de prestaciones del Decreto 305/011.

21. Servicios en tiempos de pandemia por el COVID-19. [Internet] Facultad de Psicología; 2020. Disponible en: <<https://psico.edu.uy/servicios-en-pandemia>>. (Consulta: ag. 2020).

22. Resumen del relevamiento de la Red de Salud Mental de ASSE - Teleclínica ECHO Salud Mental y Psiquiatría Mayo 2020. [Montevideo]: Clínica de Gastroenterología; 2020 mayo [citado el 25 de octubre de 2020] Disponible en: [www.gastro.hc.edu.uy/gastro/download/resumen-del-relevamiento-dela-red-de-salud-mental-de-asse-teleclinica-echo-sm-y-psiQUIATRIA-mayo-2020/](http://www.gastro.hc.edu.uy/gastro/download/resumen-del-relevamiento-dela-red-de-salud-mental-de-asse-teleclinica-echo-sm-y-psiQUIATRIA-mayo-2020/)
23. Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento La estrategia digital frente al coronavirus COVID-19 [Internet]. [Montevideo]: AGESIC; 2020, 6 de abril. Disponible en: [www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacionconocimiento/comunicacion/noticias/estrategia-digital-frente coronavirus-covid-19](http://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacionconocimiento/comunicacion/noticias/estrategia-digital-frente-coronavirus-covid-19) >. (Consulta: ag. 2020).
24. Uruguay. Ley N.º 19.869. Telemedicina. Normas para su implementación como prestación de servicio de salud, 2 abril de 2020. Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/19869> >. (Consulta: ag. 2020).
25. Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento Resultados preliminares de EUTIC 2019 [Internet]. [Montevideo]: AGESIC; 2020, 22 de enero. Disponible en: [www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacionconocimiento/comunicacion/noticias/resultados-preliminares-eutic-2019](http://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacionconocimiento/comunicacion/noticias/resultados-preliminares-eutic-2019) >. (Consulta: ag. 2020).
26. Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento. Se presentó Decreto y Ordenanza de Historia Clínica Electrónica Nacional [Internet] [Montevideo]: AGESIC; 2018, 25 de setiembre. Disponible en: [www.gub.uy/agencia-gobierno-electronicosociedad-informacion-conocimiento/comunicacion/noticias/se-presento-decreto-ordenanza-historia-clinica-electronica-nacional](http://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronicosociedad-informacion-conocimiento/comunicacion/noticias/se-presento-decreto-ordenanza-historia-clinica-electronica-nacional) >. (Consulta: jul. 2020).
27. Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento. Medición TIC y Salud 2018. [Internet] [Montevideo]: AGESIC; 2020, 6 de abril. Disponible en: [www.gub.uy/agenciagobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/datos-yestadisticas/estadisticas/medicion-tic-salud-2018](http://www.gub.uy/agenciagobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/datos-yestadisticas/estadisticas/medicion-tic-salud-2018) >. (Consulta: ag. 2020).
28. Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Actividad científica: «TIC y Salud Mental. En tiempos de COVID 19 y después». [video en Internet]. YouTube. 12 de junio de 2020. Disponible en: [www.youtube.com/watch?v=wsJ73y3HhbM](https://www.youtube.com/watch?v=wsJ73y3HhbM) >. (Consulta: ag. 2020).
29. Guterres A. Mental health services are an essential part of all government responses to COVID-19. [Internet]. [Nueva York]: Naciones Unidas; 2020, 13 de mayo. Disponible en: [www.un.org/en/coronavirus/mental-health-services-are-essential part-all-government-responses-covid-19](http://www.un.org/en/coronavirus/mental-health-services-are-essential-part-all-government-responses-covid-19) >. (Consulta: jul. 2020).
30. de Girolamo G, Cerveri G, Clerici M, Monzani E, Spinogatti F, Starace F,

- et al. Mental health in the coronavirus disease 2019 emergency: the Italian response. *JAMA Psychiatry* [Internet] 2020; 77(9):974-976. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1276
31. Aboujaoude E, Starcevic V (eds). *Mental health in the digital age: grave dangers, great promise*. Oxford: Oxford University Press; 2015. 302 pp.
32. Dewan NA, Luo JS, Lorenzi NM (eds). *Mental health practice in a digital world: a clinicians guide*. Cham: Springer International Publishing; 2015. (Health Informatics). doi : 10.1007/978-3-319-14109-1
33. Bush NE, Armstrong CM, Hoyt TV. Smartphone apps for psychological health: a brief state of the science review. *Psychol Serv* 2019; 16(2):188-95. doi: 10.1037/ser0000286
34. Shatte A, Hutchinson D, Teague S. Machine learning in mental health: a scoping review of methods and applications. *Psychol Med* 2019; 49 (9):1-23. doi: 10.1017/S0033291719000151
35. Lucero Abreu RK, Díaz Romero N, Villalba L. Caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (IAE) en el Hospital de Clínicas en el período abril 2000-abril 2001: el método de la autopsia psicológica. *Rev Psiquiatr Urug* 2003; 67(1):5-20.
36. Larrobla C, Hein P, Novoa G, Canetti A, Heuguerot C, González V, et. al.(comp.). *70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. [Internet]. Montevideo: Universidad de la República; 2017.  
Disponibile en: <<https://hdl.handle.net/20.500.12008/9489>>. (Consulta: jul. 2020).
37. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(6):547-60. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1
38. Health Information Privacy [Internet]. Washington, D. C.: U. S. Department of Health & Human Services. Disponible en: <[www.hhs.gov/hipaa/index.html](http://www.hhs.gov/hipaa/index.html)>. (Consulta: ag. 2020).
39. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Rublee B, Ramanuj P, O'Brien RW, Tomoyasu N, et al. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry* 2018; 17(1):30-8. doi: 10.1002/wps.20482
40. Kilbourne AM, Keyser D, Pincus HA. Challenges and opportunities in measuring the quality of mental health care. *Can J Psychiatry* 2010; 55(9):549-57. doi: 10.1177/070674371005500903
41. Uruguay. Ley N.º 19.529. Salud Mental. Normas, de 24 de agosto de 2017. [Internet]. Montevideo: IMPO; 2020. Disponible en: < <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/19529> >.

## APÉNDICE

### Listado de investigaciones en curso

En el presente apartado se presenta una recopilación de las iniciativas de investigación relacionadas con la pandemia. La presente recopilación puede ser incompleta. El sistema de investigación en Uruguay podría beneficiarse de una red digital común, en la cual las diferentes bases de datos de los proyectos estuvieran disponibles para su uso de forma cruzada.

a. Patricia Domínguez, Jorge Salvo y Flavia Vique (responsables); Gabriela Etchebehere y Graciela Loarche (agentes de difusión y grupos específicos). Facultad de Psicología, Universidad de la República (Udelar). Estudio «PSY-COVID». Estudio internacional liderado por la Universidad de Barcelona.

Contacto: [psycoviduruguay@gmail.com](mailto:psycoviduruguay@gmail.com)

b. Gabriela Garrido, Cecilia Amigo. Clínica de Psiquiatría Pediátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República (Udelar). «Personas con trastorno del espectro autista, familias y profesionales en América Latina: desafíos y oportunidades que enfrentan debido a covid-19». Estudio regional.

Contacto: [gabrielagarridof86@gmail.com](mailto:gabrielagarridof86@gmail.com)

c. Gabriela Garrido, Alejandra Lervolino, Cecilia Amigo. Clínica de Psiquiatría Pediátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República (Udelar). «Relevamiento de opinión sobre proceso de reapertura de los centros educativos, de cuidados y programas socioeducativos luego de un primer período de confinamiento en Uruguay, establecido por el gobierno por la emergencia sanitaria por covid-19». Estudio nacional.

Contacto: [gabrielagarridof86@gmail.com](mailto:gabrielagarridof86@gmail.com)

d. Luis Giménez, Susana Grunbaum. Instituto de Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad de la República (Udelar), Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica, Italia y el Caribe (CODAJIC). «Impacto de la pandemia de covid-19 en la salud mental de los trabajadores en centros de salud». “The COVID-19 HEalth caRe wORkErS (HEROES) study”. Estudio internacional multicéntrico.

Contacto: [luisg@psico.edu.uy](mailto:luisg@psico.edu.uy)

e. Cristina Larrobla, Pablo Hein (responsables). Facultad de Medicina y Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (Udelar). «Conducta suicida en tiempos de covid-19. Aporte integral para la información y prevención». Estudio nacional.

Contacto: cristina.larrobla@gmail.com

f. Delfina Miller, Mónica Fernández (responsables). Universidad Católica del Uruguay. «Experiencia en formación en psicoterapia breve psicodinámica a distancia». Estudio nacional.

Contacto: delfinamiller@gmail.com

g. Paul Ruiz Santos (responsable). Universidad de la República (Udelar). «Consumo de drogas en aislamiento por covid-19». Estudio nacional.

Contacto: paulruiz@fvet.edu.uy

h. Hugo Selma (responsable). Equipo: Gabriela Fernández Theoduloz, Vicente Chirullo, Valentina Paz, Paul Ruiz, Federico Montero. Facultad de Psicología. Universidad de la República (Udelar). «Impacto psicológico de la crisis de covid-19 en adultos residentes en Uruguay». Estudio nacional.

Contacto: hugoselma@psico.edu.uy

i. Alicia Canetti y Víctor González (responsables). Facultad de Medicina y Facultad de Ciencias Sociales (Udelar). «Viralizando la prevención. Análisis y capacidades de respuesta de la prevención del suicidio y la Línea VIDA en covid-19» (CSIC-Programa COVID).