

SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE COVID

Nos últimos días, comezou o deseño de plans nos distintos eidos da sociedade para unha desescalada progresiva. No terreno da saúde, a dirección xeral de asistencia sanitaria fixo público o “Plan de reactivación asistencial no ámbito hospitalario en relación coa infección polo virus SARS-CoV-2”. É primeiro documento do servizo galego de saúde que orienta cara a onde irá a actividade asistencial nos vindeiros meses. Hai xa valoracións do mesmo que sinalan as súas eivas e, polo de agora, non contamos con plans dirixidos a outros aspectos asistenciais nin, xa máis especificamente, relativos á saúde mental.

Porén, parécenos moi necesario e urxente comezar a falar da saúde mental no contexto de Covid. Dende a AGSM-AEN, colectivo de profesionais implicados na asistencia da sanidade pública durante estas semanas de emerxencia, fixemos unha primeira análise de situación e de valoración cara ao futuro.

1. Valoración da rede de saúde mental durante o estado de alarma.

O estado de alarma e as medidas sociais de confinamento e illamento social modificaron radicalmente o noso funcionamento habitual. A instrución xeral foi supeditar toda a rede ás medidas xerais diante do risco epidémico, manter só a actividade urxente e imprescindible, e empregar o teléfono como substituto das citas e da entrevista clínica. Malia o imprevisto e extraordinario da situación, debemos valorar as medidas tomadas. Aínda que dun xeito provisorio, as disfuncións principais que observamos durante estes días son as seguintes:

- Descoordinación y funcionamento desigual entre as áreas.
- Ausencia de planes de continxencia (durante semanas) en unidades de agudos y unidades rehabilitadoras residenciais.
- Ausencia de plans colectivos para os profesionais dos servizos: nin quendas, nin medios materiais...
- Non se creou nin se inventou unha nova forma de traballar adaptada ás circunstancias. Simplemente substituíuse o presencial polo telefónico, pero de un modo precario.

A realidade é que se fixeron, sobre todo, chamadas de contacto, para facer una valoración rápida do estado dos doentes e facer os axustes farmacolóxicos ou ofrecer consello psicolóxico.

- O único común a todas as áreas foi o servizo de apoio aos profesionais sanitarios. A demanda, ao noso entender, foi bastante baixa (congruente co que sabemos sobre as crises e as análises das demandas durante estes períodos: non adoita facela quen máis a necesita e debe manterse no tempo

a posibilidade de atención).

-As urxencias do "psi" están, en moitos casos, por fora da rede e, ao través do 112, foron canalizadas no GIPCE, composto por profesionais formados para a intervención en catástrofes pero alleos á rede e ao seu funcionamento. É preciso analizar xunto con eles o tipo de demanda xurdida e valorar se se corresponden a situacións propias das crises ou se estamos diante de descompensacións psicopatolóxicas en usuarios con trastornos previos.

-En xeral, non entraron doentes novos á rede, talvez diante da parálise na petición de axuda motivada polo medo e incertidume. Houbo aprazamentos nas primeiras consultas diante da dificultade para a realización de chamadas.

2. O Covid dende unha perspectiva social.

Identificamos algúns elementos comúns a outras crises acontecidas ao longo da historia, pero tamén outros moi específicos da situación actual.

Se algo caracteriza ao presente en termos de saúde mental é a creba do vínculo social e a anulación dos mecanismos que posúe toda comunidade para conter e apoiar aos que sofren. Por tal motivo, debemos estar especialmente atentos diante da tentación de desenvolver programas de detección e asistencia unicamente baseados no sistema sanitario e no modelo de trauma individual.

Consideramos que vivimos nun presente clínico no que as intervencións na orde do social son máis necesarias ca nunca. Ademais, é preciso un desenvolvemento e unha adaptación teórica na que os profesionais, nomeadamente aqueles con máis experiencia clínica e maior capacidade de análise e reflexión, deberan ser consultarse (liderado clínico como *contrabalance* da figura do experto).

Hai, a primeira vista, algunhas claves que semellan imprescindíbeis: orientar as intervencións ao redor dunha psicopatoloxía do medo e da angustia, desenvolver políticas asistenciais que faciliten (ou non impidan) o apoio mutuo, a estreita colaboración cos servizos sociais...

3. A rede de saúde mental, o confinamento e o desconfinamento.

Nesta crise, debéramos falar tamén dun nivel asistencial específico, desenvolvido durante os días de maior crise e que, na nosa comunidade autónoma, abrangueu a atención a profesionais, a atención da poboación afectada mentalmente pola situación e a problemática en relación aos dós. Na nosa opinión, no futuro debéramos camiñar cara a unha integración dos diferentes programas que, dun xeito disperso e heteroxéneo, se foron poñendo en marcha dende distintos lugares e institucións,

para integrarse na atención na rede de saúde mental normalizada (nos programas de enlace, nas unidades de saúde mental etc...).

Este proceso debera acompañar decididamente ao retorno da atención primaria como eixo central do sistema, aproveitando esta viaxe para fornecer a coordinación e o funcionamento conxunto (tema pendente dende hai décadas).

A atención realizada durante estas semanas estivo caracterizada por:

- relativa tranquilidade no estado clínico dos doentes.

- emprego do teléfono como xeito de comunicación cos doentes e coas familias.

- con carácter xeral, houbo nos diferentes nodos da rede, tres tipos de funcionamento que caracterizaron a adaptación dos servizos á crise do Covid:

 - atención en réxime de ingreso ás descompensacións (con importantes modificacións respecto ao ingreso psiquiátrico habitual: cuartos, habitacións, actividades colectivas, terapias grupais...).

 - atención en consulta na modalidade telefónica (primando as intervencións dirixidas á revisión farmacolóxica e o apoio psicolóxico)

 - atención aos lugares residenciais onde, polas súas características, reorganizouse toda a actividade asistencial clásica para diminuír o risco de contaxio.

- Os distintos dispositivos da rede pasaron a funcionar nun destes tres xeitos descritos, cesando toda asistencia de tipo intermedio (nodos a medio camiño entre hospital e domicilio) e grupal (psicoterapias, terapia ocupacional, centros especiais de emprego).

Este mapa da asistencia á saúde mental dá unha imaxe falsamente tranquilizadora e, ao tempo, semella convidar ao deseño de políticas asistencias que, ao noso entender, estarán trabucadas.

Hai algo da orde dos noso propios prexuízos que conducían a estimar unha morea de descompensacións, feito que non aconteceu. Si constatamos un progresivo esgotamento produto do

confinamento e unha diminución da demanda (como noutras especialidades médicas) produto do medo e da evitación a acudir aos centros sanitarios.

Sabemos, ademais, que non é o agudo das emerxencias reais e xeneralizadas, onde agroma preferentemente a sintomatoloxía mental. Hai unha demora temporal entre as circunstancias adversas e psicopatoloxía, que se corresponde co proceso singular de construción simbólica do acontecido en cada suxeito, aos efectos prexudiciais na constitución ou derrubo dun sentido de mundo e de vida, e á entrada progresiva das circunstancias deletéreas no mundo do vínculo e das relacións interpersoais.

Cómpre tamén ter en conta que a vulnerabilidade é un feito complexo resultante da acumulación de ordes e rexistros distintos, dotados dun ritmo propio, e onde deben incluírse, sen dúbida algunha, as consecuencias económicas e de empobrecemento que seguirán a esta crise sanitaria.

Da consulta telefónica e, con carácter xeral, da chamada teleasistencia, pódense atopar referencias a diferentes estudos que, malia os anos transcorridos, seguen a proporcionar unha evidencia non definitiva acerca da súa utilidade: a videoconferencia ou a teleasistencia non é o mesmo para todas as patoloxías ou todos os grupos de idade e, tampouco é o mesmo cas chamadas ou as mensaxes electrónicas.

Por iso, máis aló dunha discusión ao redor de artigos tamén é procedente unha reflexión epistemolóxica acerca da tecnoloxía na comunicación humana e da situación na que estamos.

-O medio é a mensaxe: non todo pode (nin debe) ser falado en calquera lugar, de calquera xeito e ao través de calquera instrumento. A pantalla ou o teléfono son encadres que permiten unhas posibilidades de comunicación e impiden outras.

-A accesibilidade non é unha propiedade situada unicamente no rexistro da realidade. A accesibilidade é unha cuestión simbólica e política: as chamadas córtanse namentres que as entrevistas se finalizan, os usuarios poden ser *prémium* ou en situación de pobreza tecnolóxica.

-O coronavirus, ademais de ser unha emerxencia sanitaria, leva camiño de converterse nun paradigma, de xeito semellante a outras enfermidades que, en momentos históricos, erguéronse como prototipos de todas as enfermidades, polo éxito no seu tratamento ou pola grande morbimortalidade que supuxeron.

-O Covid-19 pertence ao grupo das enfermidades infecto contaxiosas e, por tal razón, os elementos centrais na forma de comprendela e abordala, inclúen unha causa clara, a importancia da prevención, os coidados agudos e hospitalarios como forma predominante de tratamento, a remisión completa de síntomas cando se supera, unha homoxeneidade nos casos (a pesar de haber distintas formas evolutivas de acordo a un criterio de gravidade, o certo é que todos os casos parécense moito), a suspensión en aras da curación urxente dos aspectos subxectivos do enfermar, a escasa influencia dos patróns relacionais na súa presentación (non así dos culturais).

Sabemos, así a todo, que as enfermidades son distintas desde un punto de vista ontolóxico. O infeccioso é un modo do enfermar, como o é, por exemplo, o reumatolóxico ou o mental. E tamén sabemos que as respostas asistenciais de maior éxito tratan de dar conta destas maneiras diferentes polas que a enfermidade se expresa no enfermo.

-O sufrimento mental non se corresponde cun esquema de consulta individual e hospitalización. Os síntomas non remiten por completo cun tratamento farmacolóxico. Non é esperable a aparición dunha vacina. Depende en gran medida de cuestións que teñen que ver coas relacións entre as persoas, empeora coa pobreza, precisa de intervencións por fóra do individual (grupais, familiares). En xeral, necesita de toda unha serie de recursos e dispositivos que conforman unha rede na que dar respostas a todas as necesidades derivadas do sufrimento e en todos os momentos evolutivos.

-Semella que calquera redefinición do sistema asistencial principia na necesidade de diminuír o risco de contaxio. O contaxio impacta na morbimortalidade e na saturación do sistema sanitario e, así, as solucións posíbeis están presentes dende o inicio da epidemia: o desenvolvemento dunha vacina, a aparición dun tratamento eficaz para a infección, a restricións na vida pública dos cidadáns, o emprego de elementos de protección (por exemplo, máscaras, luvas, pantallas...) e o emprego masivo de tests para diagnóstico de casos asintomáticos e control dos brotes.

A precariedade de medios obriga a un maior control social. E a mellora da epidemia pero tamén a mellora de medios permite un reequilibrar as relacións entre risco e confinamento.

-Os centros de saúde e os hospitais, encanto lugares de aglomeración, son paisaxes de contaxio. Diminuír as consultas presenciais, diminúe o risco de infectarse (pero tamén impide o axeitado desenvolvemento de prácticas relacionadas coa saúde mental que xa estaban nunha situación de escaseza). Mellorar a arquitectura asistencial, poñer a disposición de usuarios e profesionais elementos de protección, tamén. Dotar axeitadamente de persoal os servizos e así rematar coas salas de espera ateigadas e o volume de casos que se atenden nunha xornada, contribúe a que as epidemias infecciosas vaian mellor. Apostar, decididamente, pola atención domiciliaria, ten efectos

beneficiosos nos doentes e nas posibilidades de manter o contaxio afastado.

4. O problema do acontecido nas residencias da terceira idade non garda relación algunha coa asistencia aos problemas condutuais dos usuarios.

É un problema que remite a unha cuestión política: como e de que xeito podemos coidar dos nosos maiores. Viviamos nunha época onde, o poder adquisitivo e o xeito de comprender a vida, determinaron un grande confinamento das persoas anciáns. Dun xeito semellante ao que supuxo a reforma psiquiátrica no peche e transformación das institucións manicomiais, estamos diante dunha circunstancia que debera mudar de arriba a abaixo (e de esquerda a dereita) a atención aos maiores, ofrecendo xeitos ben distintos a un réxime residencial, fóra do seu entorno e, nalgúns casos, en condicións lamentábeis.

Fóra desta proposta e de facilitar outras alternativas, a rede de saúde mental non é a responsable dun cambio de modelo, senón de falar de outros modelos e de como podería axudar ao seu desenvolvemento.

Como conclusións xerais:

-A saúde mental debe ter unha opinión do que lle é propio ao respecto do confinamento, sendo quen de balancear o risco de contaxio coas necesidades dos usuarios e os modos asistenciais máis axeitados para traballar no eido do sufrimento mental.

-A dotación de medios (protectores, de persoal, de espazos, de horarios) garda unha relación inversamente proporcional coas medidas de illamento e restrición social e, polo tanto, coas posibilidades de asistencia que a rede pode ofrecer.

-Como noutras esferas da vida pública, a saúde mental debe dotarse nun cronograma e dos mecanismos de análise das medidas adoptadas que permitan unha progresiva normalización da asistencia e a posta en marcha de medidas extraordinarias, caso de ser necesario.