

ENTREVISTA

Satisfacer las necesidades de salud mental en la pandemia

Entrevista con **Bernardo Ng**,
presidente de la Asociación
Psiquiátrica Mexicana



Imagen: Shutterstock

n mayo, la ONU publicó un informe sobre la covid-19 y la necesidad de acción en salud mental, en el que advierte que la crisis sanitaria actual tiene las semillas para convertirse en una crisis de salud mental, a menos que se tomen acciones al respecto. El documento advierte que los “trabajadores de la salud que se encuentran en la línea de frente han estado sometidos a numerosos factores de estrés, y asegurar su salud mental es un factor crítico para sostener la preparación, la respuesta y la recuperación ante la covid-19”.



A mediados de junio, la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM) echó a andar el programa *Nosotros nos cuidamos*, que busca incidir en este problema crucial a través de la atención de primeros auxilios psicológicos para el personal de salud en México. Desde junio, con el apoyo de la AMIF, el programa amplió su capacidad para brindar una atención más a fondo.

En esta entrevista, el doctor Bernardo Ng, presidente de la APM, habla sobre esta iniciativa.

¿En qué consiste el programa *Nosotros también nos cuidamos*?

En situaciones de desastre y de emergencia, atender la salud mental es muy importante. Desde finales de marzo, la sección de Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud activó un grupo técnico de trabajo enfocado en ese tema. Ellos nos invitaron, junto a otras asociaciones civiles e instituciones públicas, a atender el problema, y fueron distribuyendo las labores. Algunos están trabajando con niños, otros con población abierta, y a nosotros nos tocó participar en la atención de apoyo psicológico al personal de salud. A lo largo del mes de abril diseñamos una plataforma de atención a través de un chat de texto. Pensamos que era lo ideal porque mantenía la privacidad y el anonimato del usuario y era lo suficientemente fluida para poder dar un primer

abordaje, que es el de primeros auxilios psicológicos.

Echamos a andar el programa en una primera fase a inicios de mayo, y pronto vimos que no iba a ser suficiente. Y casi al mismo tiempo empezamos a conversar con la AMIF sobre el plan de dar un segundo paso, una fase B. También entramos en contacto con la UNAM. Esta institución ofrece servicios de salud mental por videollamada para sus estudiantes y trabajadores, y quisimos preguntarles si el programa que tienen se podía adaptar a nuestras necesidades. Las conversaciones avanzaron muy rápido. AMIF tuvo a bien ofrecer la infraestructura económica, UNAM la infraestructura tecnológica y la APM el equipo humano, y así se conformó esta colaboración.

¿Cómo funciona el programa?

A través de nuestra página web (www.psiquiatrasapm.org.mx), los profesionales de salud –médicos, enfermeras, laboratoristas, trabajadores sociales, terapeutas respiratorios, personal de intendencia, camilleros y paramédicos, todos los que están expuestos a la emergencia– pueden solicitar asistencia. Después de llenar un formulario, acceden al chat y hablan con alguno de nuestros voluntarios. Han acudido profesionales con un rango de intensidad y variedad de síntomas amplio. En la fase A, reciben lo que conocemos como primeros auxilios psicológicos, que son recomendaciones,

Los efectos psicológicos en el personal de salud podrían durar meses después de terminada la pandemia, e incluso volverse crónicos.

centradas en el aquí y el ahora, para lidiar con situaciones de desastre. Cuando sea necesario, algunos de los pacientes serán derivados a la fase B, en la cual la atención será más profunda y cara a cara, digitalmente hablando. En esta fase se darán cuatro sesiones, que es el tiempo suficiente para que haya una mejoría demostrable, según escalas clínicas estándar sobre síntomas de ansiedad, depresión, insomnio y eventos traumáticos, que estaremos utilizando. Esta fase B entró en acción el 15 de junio.

¿Quiénes son los voluntarios que participan en el programa?

El programa arrancó con 15 voluntarios, psiquiatras con cédula profesional, algunos de ellos con especialidades o entrenamientos extras, todos de diferentes corrientes de atención psicoterapéutica: algunos tienen una orientación psicoanalítica, otros conductual, o cognitiva. Todos tienen que pasar por una capacitación con la que buscamos que la atención tenga un mismo nivel máximo, y todos son miembros de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.

¿Por qué el personal de salud es psicológicamente vulnerable?

Desde hace muchos años ya se hablaba de que el *burnout* en el personal de salud es una crisis global. El 50 por ciento o más de los que estamos en el

campo de la salud estamos cursando por *burnout*. Cuando por razones de cultura, de educación, de capacitación, los objetivos del sistema de salud y del individuo no se alinean, viene ese riesgo. Entonces, por ejemplo, si tú entras a trabajar a una clínica donde empiezas a tener desacuerdos sobre el modo en que se decide atender a ciertos pacientes, o cómo se autorizan cirugías, o de qué manera se asigna el equipo de protección, empieza a haber condiciones para el *burnout*. En situaciones como la actual, esas discrepancias son más críticas. En estos momentos el personal de salud tiene una carga de trabajo grande. Pero es muy diferente cuando estás trabajando en un ambiente en el que cuentas con todo lo que necesitas, que si levantas la voz te escuchan, donde los administrativos tratan de facilitar las cosas en lugar de hacerlas más difíciles.

¿Cuáles son los síntomas y los trastornos que cabe esperar que presente el personal de salud en una circunstancia como la que estamos viviendo?

Son síntomas de ansiedad: preocupación constante, pensamientos recurrentes sobre situaciones estresantes o traumatizantes, cambios en el apetito, insomnio, dificultad para relajarte, problemas de concentración. Los clasificamos de acuerdo con su intensidad, la rapidez con la que se desarrollan y el grado de incapacidad que provocan. Por ejemplo,

en un curso de semanas se puede dar lo que se llama agotamiento por compasión. Después de atender a mucha gente enferma, ese rasgo altruista que tiende a tener el personal de salud se puede transformar en apatía o irritabilidad. Después de semanas, pueden tener un cuadro de *burnout* o embotamiento emocional o desgaste emocional, que implica cuestiones más que físicas, psicológicas. Una es ese cansancio emocional. Hay distanciamiento de los sentimientos del paciente y de los colegas, lo cual se llama desconexión o despersonalización, que es el segundo elemento del *burnout*. El tercero es el sentimiento de que nada de lo que hacen sirve para nada. El síndrome de *burnout* es muy delicado porque puede incapacitar al profesional completamente.

También es común el síndrome de estrés postraumático, que en estas circunstancias puede ocurrir, por ejemplo, cuando un médico pasa por un incidente de alto riesgo de contagio. Estos eventos pueden desencadenar síntomas como insomnio, ideas obsesivas de contagio, temor de contagiar a miembros de la familia. Luego empiezan cambios de conducta, como no querer ver pacientes o atenderlos sin la debida protección. Muchos individuos, por su resiliencia, porque se les saca del ambiente estresante, porque reciben la ayuda apropiada, pueden salir de esta fase de estrés agudo en un mes, pero si los síntomas continúan, se considera que hay un trastorno.

Más allá de la imperiosa necesidad de establecer algún medio para poder apoyar a nuestros colegas, la realidad es que aun después de que acabe la cuarentena, e inclusive cuando se dé por terminada la pandemia, los efectos psicológicos podrían durar seis meses o más, y en algunos casos volverse crónicos.

¿A cuánta gente esperan alcanzar?

En la primera fase tuvimos más de 35 usuarios. No tenemos un cálculo exacto de a cuántos estamos pretendiendo ayudar, porque, por un lado, no somos el único programa que está ofreciendo esta asistencia, y por el otro, porque sigue prevaleciendo el estigma. Tenemos un problema muy serio en este país con respecto al estigma ya no solo de ir al psiquiatra, sino especialmente de que médicos o enfermeros busquen este tipo de atención. Para algunas personas, saber que un médico atravesó por una depresión o algún problema de salud mental es motivo de desconfianza y prefieren no buscar atenderse con él.

¿En México está suficientemente atendida y entendida la salud mental como un problema de salud pública?

Yo creo que la Secretaría de Salud tiene a las mejores personas que puede tener para atender los temas de salud

mental derivados de la pandemia, pero obviamente esta situación de emergencia nos está distrayendo de las campañas que deberían existir de forma permanente. En general, el problema no está ni bien atendido ni bien entendido.

No está bien atendido porque, como en muchas otras especialidades médicas, hay una mala distribución de especialistas. En Oaxaca y Chiapas hay uno o dos psiquiatras, en un territorio muy extendido y desparramado, para millones de habitantes. Luego tenemos lugares como la Ciudad de México o Monterrey, donde la proporción es mucho mayor.

Por otro lado, está mal entendido porque el estigma sigue estando presente. Los estudios que se han publicado al respecto en México hablan, por ejemplo, de que a las personas en situación de calle con un trastorno mental se le trata con miedo, con distancia. Hay casos reportados de abuso y maltrato por parte de la fuerza policiaca. Y también sabemos que gente con mayor nivel de funcionalidad, que tienen un empleo de tiempo completo, una familia, cuando empiezan a desarrollar síntomas experimentan no solo la enfermedad, sino la vergüenza, y eso hace que tarden en acercarse a los especialistas. El estigma es un componente muy imperioso.

La APM tiene otro proyecto que se llama DAS, por depresión, ansiedad y suicidio, que son los trastornos más comunes, los que llegarán antes a un médico de primer contacto que

a un psiquiatra. El programa busca dar entrenamiento a médicos de primer contacto en la atención de estos trastornos, y proyectamos que si pudiéramos capacitar a 200 médicos de primer contacto por estado, el beneficio se traduciría en tres millones de mexicanos atendidos en dos años.

¿Crees que esta crisis puede ser una oportunidad para que la salud mental ocupe un lugar más importante en la agenda de la salud pública?

Desde ese punto de vista, lo veo con buena cara. Es muy afortunado que con el apoyo de AMIIF hayamos podido echar a andar esta plataforma, porque esta puede ser una vía para que se

venza el estigma, para que nuestros colegas limiten el daño emocional y mental que habrán de sufrir por esta crisis. Y si es el caso, habremos cumplido con creces nuestro cometido.

Después de hacer este ejercicio, que va a arrojar métricas precisas, queremos promover la legalización y la normatividad de este servicio que se llama telepsiquiatría, que está en todo el mundo. En México lo hacen muchos colegas aunque aún no existe una norma. Sería muy deseable, ante esta crisis, aprovechar para que se haga esa normatividad. Ahora mismo estamos en confinamiento, pero una vez que esto se termine, en el desierto de Sonora y en la selva chiapaneca habrá gente que no tiene acceso a servicios que se podrían facilitar por medio de la telepsiquiatría.