

Adaptación de la actividad de la Red de Salud Mental de Navarra durante la pandemia de COVID-19

**Iñaki Arrizabalaga Etxegoena, Virginia Basterra-Gortari,
Sergio Ladrón Arana, Sara Chivite Lasheras,
Enrique Amóztegui Hermoso de Mendoza, Adriana Goñi-Sarriés**

Gerencia de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona. España

Correspondencia: Adriana Goñi-Sarriés [agonisar@navarra.es]

Resumen

La pandemia de COVID-19 ha supuesto un desafío para los sistemas sanitarios, incluida la atención a la salud mental. Ha sido necesaria la adaptación constante de la práctica asistencial habitual según la situación epidemiológica poblacional. Se recoge la actividad asistencial prestada por la Red de Salud Mental de Navarra durante los años 2019, 2020 y 2021. Se registra una disminución en el número de consultas ambulatorias realizadas durante 2020 y su recuperación en 2021, con un incremento de la demanda en la población femenina. Se han producido variaciones en la ocupación y estancias medias de los recursos de hospitalización, así como una reestructuración funcional y estructural. En el ámbito residencial se produjo el fallecimiento del 9,8% de los usuarios debido al COVID-19. Las tasas de suicidio durante 2020 se mantuvieron similares a 2019, incrementándose un 36% en 2021. La pandemia ha impactado en la continuidad de los planes de tratamiento, en la evolución clínica, psicopatológica y emocional de las personas atendidas. Las repercusiones negativas pueden extenderse a lo largo de los próximos años. Por ello, será fundamental el desarrollo de estrategias sanitarias, sociales y de salud pública dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de los problemas de salud mental.

Palabras clave. Pandemia. COVID-19. Actividad asistencial. Trastornos mentales. Salud mental.

INTRODUCCIÓN

El SARS-CoV-2, que causa la enfermedad COVID-19, es el responsable de la gran pandemia de este último siglo, la cual ha supuesto uno de los mayores desafíos mundiales por su implicación a nivel sanitario, económico, social, educativo y del bienestar emocional y mortalidad de la población. Estos problemas de salud y otros derivados de las medidas adoptadas para evitar la expansión del virus, como los aislamientos, cuarentenas y/o limitación de la movilidad, han afectado a la salud mental de la población¹. Especialmente preocupante es el impacto en grupos vulnerables, como son mujeres², población juvenil³ y adultos mayores⁴.

Según la Organización Mundial de la Salud, el 93% de los países han descrito un importante impacto en los servicios de atención a la salud mental⁵.

Dentro de la reorganización de los sistemas sanitarios, los hospitales se han visto gravemente afectados, con cambios tanto estructurales como funcionales, así como la modificación de la propia demanda asistencial motivada por el temor de la población a contagiarse⁶. En el ámbito de la red de Salud Mental, estos cambios también han afectado a las Unidades de Hospitalización y Hospitales de Día. En estos recursos, y dentro del marco terapéutico, se potencia la interacción social, la participación en terapias ocupacionales grupales, la realización de ingestas en espacios comunes, la interacción con sus familiares y salidas a la comunidad, fomentando la autonomía y recuperación personal^{7,8}. Todas estas dinámicas se vieron claramente afectadas y se modificó la práctica asistencial habitual durante la pandemia. A nivel ambulatorio, tanto en población adulta como en población infanto-juvenil, la irrupción de la pandemia también conllevó un cambio en la forma habitual de funcionamiento; siendo ésta variada^{9,10}. En resumen, y desde fases iniciales, la pandemia supuso diversas preocupaciones en el personal sanitario quienes fueron liderando rápidas e innovadoras adaptaciones a la forma de trabajar. A nivel hospitalario, los principales esfuerzos se enfocaron en el control de la propagación de la infección. A nivel comunitario en mantener la atención desde la distancia (mediante el uso de tecnologías de la información y comunicación) y en identificar posibles grupos de especial vulnerabilidad (incremento de trastornos de ansiedad, incremento de situaciones de abuso en el ámbito doméstico y conflictiva familiar, pacientes incapaces de seguir las directrices sanitarias de distanciamiento social)¹¹.

La exacerbación de factores de riesgo tales como el aislamiento social, pérdida de apoyos, ruptura en la continuidad de cuidados, adversidad económica, trauma, duelo, violencia doméstica o abuso de alcohol, hacían prever un aumento de la comorbilidad psiquiátrica, así como de las tasas de suicidio¹². Aunque durante el primer año de pandemia (2020) no se evidenció un aumento significativo de las tasas de suicidio ni en España¹³, ni a nivel internacional^{14,15}; en revisiones más recientes se ha identificado una tendencia creciente de intentos de suicidio durante la pandemia COVID 19¹⁶.

El objetivo de este trabajo es analizar el impacto que la pandemia ha generado en la actividad asistencial de la Red de Salud Mental de Navarra (RSMNa).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo sobre la actividad asistencial realizada durante los años 2019 (pre-pandemia), 2020 (inicio de la pandemia) y 2021 en los distintos recursos propios o concertados de la RSMNa. Las variables utilizadas

para el análisis descriptivo han sido: número total consultas (diferenciando primera consulta y de revisión) en población adulta atendida en los Centros de Salud Mental (CSM), así como en población joven (12-30 años), el número de altas y estancias medias en los recursos de hospitalización (total o parcial), así como el número de suicidios consumados y sus tasas. Todas estas variables han sido segregadas por sexo. También se ha analizado el número de personas que se encontraban en lista de espera a 31 de diciembre de 2019, 2020 y 2021.

Tabla 1. Descripción de los sistemas de información de los que se obtienen los indicadores para realizar el análisis descriptivo

Fuentes	Descripción
HOST/LEIRE	Registro informático de actividad de consultas y hospitalización. Herramientas: TABLEAU, BIG (base de datos integrada de gestión)
RAE-CMBD	Registro de Actividad Sanitaria Especializada basado en el Conjunto Mínimo Básico de datos. Herramienta: DECYSIS (herramienta web que permite analizar los indicadores que se obtienen de los datos administrativos y clínicos presentes en el RAE CMBD)
BBDD CCTT	Registro de Admisión a tratamiento en CCTT. Herramienta: ACCESS
INE	Instituto Nacional de Estadística
BARDENA	Base de datos poblacional de la Comunidad Foral de Navarra. Integra los datos de diferentes productos operacionales (LAMIA, LAKORA, HCI, ATENEA, LEIRE/His, CMBD, etc.). Mantenido y custodiado por el Servicio de Evaluación y Difusión de resultados en Salud. Herramienta: TABLEAU
Historia Clínica Informatizada (HCI)	Sistema integrado de información clínica; es el registro unificado y personal, multimedia, en el que se archiva en soporte electrónico toda la información referente al paciente y a su atención.
Indicadores	Descripción
Incidencia	$(N^{\circ} \text{ de primeras consultas en un periodo específico/población}) \times 1.000$
Prevalencia	$(N^{\circ} \text{ total de consultas atendidas en un periodo específico/población}) \times 1.000$
Estancia media	Sumatorio N° estancias / Sumatorio n° altas
Tasa mortalidad por suicidio	$(N^{\circ} \text{ suicidios consumados/población}) \times 100.000$

*Población: total o de determinado sexo y/o edad.

Los datos de actividad asistencial se han extraído de diversas fuentes de información (Tabla 1). Los cambios en el funcionamiento asistencial han sido extraídos de protocolos de funcionamiento interno elaborados durante la pandemia por parte del personal sanitario de la RSMNa en colabora-

ción y coordinación con el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario de Navarra (HUN), el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, la Unidad Socio-sanitaria y el Instituto Navarro de Salud Pública y Laboral de Navarra.

RESULTADOS

Actividad asistencial en el área ambulatoria

La repercusión de la pandemia dificultó la accesibilidad a los CSM. Durante la misma, los CSM permanecieron abiertos y gran parte de la atención presencial se transformó en telefónica o videoconferencia, priorizándose la atención presencial a personas vulnerables y casos de mayor gravedad. Adicionalmente, y aunque no fue de manera generalizada, se realizó atención domiciliaria dirigida a personas con diagnóstico de trastorno mental grave del espectro psicótico y/o trastornos adictivos en programas de reducción de daños.

En la tabla 2 se describe el número total de consultas realizadas en los CSM durante los años 2019, 2020 y 2021, tanto para población total como segregada por sexo, así como la distribución de primeras consultas, revisiones y número de personas en espera de citación a final de año. Destaca un importante descenso del número total de consultas realizadas en el año 2020, tanto en primeras como sucesivas y en ambos sexos. La actividad asistencial realizada en 2021 se aproxima a la de 2019, con un incremento de la demanda en el grupo de mujeres y una disminución en la de hombres. En relación con las personas en espera, comparando el año 2021 con el 2019 y a pesar del aumento del número de primeras consultas, se produjo un incremento de demanda de 640 personas.

Tabla 2. Actividad asistencial realizada en los centros de la Red de Salud Mental de Navarra

	2019			2020			2021		
	M	H	Total	M	H	Total	M	H	Total
Consultas									
Total	74.678	79.197	153.875	65.765	70.357	136.122	77.010	74.806	151.816
Primera	6.662	5.272	11.934	5.528	4.371	9.899	7.247	5.057	12.304
Revisión	68.016	73.925	141.941	60.237	65.986	126.223	69.763	69.749	139.512
Personas en espera a 31 diciembre									
			799			813			1.371

M: mujeres; H: hombres.

Al evaluar la repercusión de la pandemia en la población joven (rango de edad de 12 a 30 años), observamos una reducción en la atención en ambos sexos en el 2020 (tasa de incidencia de 14,21/1000 en hombres y 17,93/1000 en mujeres jóvenes) respecto a 2019 (tasa de incidencia de 17,80/1000 en hombres y de 20,88/1000 en mujeres jóvenes). Sin embargo, en 2021 se incrementó un 16,4% la actividad asistencial en mujeres (incidencia 22,97/1000 en mujeres jóvenes) respecto a 2019, fenómeno que no se observó en hombres, con una reducción del 1,6% (incidencia 15,70/1000 en jóvenes varones) (Tabla 3).

En relación al total de casos atendidos por cada 1.000 jóvenes, se observa un cambio de tendencia en la atención realizada en la RSMNa. En 2019 y 2020 la prevalencia de consultas en varones jóvenes fue superior a la de mujeres jóvenes, pero en 2021 se invierte siendo más prevalente las mujeres jóvenes atendidas (Tabla 3). En esta población joven, la distribución diagnóstica se ha mantenido en números similares durante la pandemia, a excepción de los trastornos de la conducta alimentaria, que mantuvo una tendencia creciente (2019=2,6%; 2020=4,4%; 2021=6,2%).

Tabla 3. Personas jóvenes (12-30 años) atendidas por primera vez en la Red de Salud Mental de Navarra, incidencia y prevalencia anual de consultas en los años 2019, 2020 y 2021

	2019			2020			2021		
	M	H	Total	M	H	Total	M	H	Total
Jóvenes atendidos por primera vez	2.792	3.197	5.989	2.749	2.972	5.721	3.250	3.172	6.422
Incidencia anual/1.000 jóvenes	20,88	17,80	19,31	17,93	14,21	16,03	22,97	15,70	19,24
Prevalencia anual/1.000 jóvenes	41,91	46,12	44,06	41,26	42,88	41,04	48,78	45,76	45,51

M: mujeres; H: hombres.

Actividad asistencial en el área de hospitalización y recursos intermedios

La tabla 4 muestra el número de ingresos y estancia media en los diversos recursos de hospitalización (parcial o total) de la RSMNa y de las comunidades terapéuticas para la deshabituación de trastornos por consumo de sustancias, no observándose un patrón homogéneo entre los diversos recursos. En las unidades de hospitalización psiquiátrica de los hospitales generales y de la unidad de media estancia, se observa una

tendencia a la reducción del número de ingresos durante el primer año de la pandemia o una menor estancia; cifras que ya no se producen en 2021 (con un número de ingresos superior a los de antes de la pandemia). Adicionalmente, en los Hospitales de día (HD-I, HD-II, HD-PG y HD-Tudela) durante el primer año de la pandemia se produjo una reducción del número de ingresos. Un patrón similar se observó en los recursos específicos de tratamiento de las drogodependencias (HD de drogodependencias y Comunidades Terapéuticas), donde disminuyó el número de ingresos y se alargó la estancia media. En contraposición con esa tendencia a la reducción de ingresos, en la población infantojuvenil se mantuvieron los ingresos en HD y se incrementaron en 2022 los ingresos en hospitalización completa.

Tabla 4. Actividad asistencial en las unidades de hospitalización de los recursos propios y concertados de la Red de Salud Mental de Navarra

	2019			2020			2021		
	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total
Unidades de hospitalización de adultos del Hospital Universitario de Navarra^a									
Altas	409	349	758	416	343	759	467	349	816
Estancia Media	19,92	24,13	21,86	19,21	19,95	19,55	17,2	19,5	18,21
Unidad de hospitalización de adultos del Hospital Reina Sofía de Tudela^b									
Altas	104	65	169	79	45	124	110	65	175
Estancia Media	10,29	11,31	10,68	13,32	11,60	12,69	11,77	10,85	11,43
Unidad de Media Estancia^c									
Ingresos	72	42	114	73	32	105	76	42	118
Estancia Media	69,30	58,90	66,00	66,91	81,64	71,60	52,5	74,2	61,78
Unidad de Larga Estancia^d									
Ingresos	20	16	36	27	9	36	27	12	39
Estancia Media	181,69	227,67	194,23	154,10	242,07	189,29	156,31	227,60	183,70
Unidad de Rehabilitación (hospitalización de lunes a domingo)									
Ingresos	11	14	25	14	11	25	12	12	24
Estancia Media	207,19			235,33			200,59		
Unidad de Rehabilitación (hospitalización de lunes a viernes)^e									
Ingresos	14	15	29	11	7	18	17	7	24
Estancia Media	108,47			95,33			59,12		
Unidad de Rehabilitación (hospitalización de día)^f									
Ingresos	35	19	54	30	20	50	26	12	38
Estancia Media	79,22	122,48	94,88	92,51	135,67	109,77	148,60	109,65	132,67
Hospital de Día-I									
Ingresos	41	80	121	32	63	95	35	82	117
Estancia Media	30,35	32,05	31,42	38,69	45,46	43,23	27,1	38,0	34,58

	2019			2020			2021		
	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total
Hospital de Día-II (incluye unidad de trastornos de la conducta alimentaria)									
Ingresos	49	111	160	45	85	130	46	73	119
Estancia Media	32,81	38,55	36,92	50,44	52,65	51,83	49,21	63,08	57,86
Hospital de Día de drogodependencias Zuría									
Ingresos	59	25	84	51	25	76	41	29	70
Estancia Media	19,12	52,72	50,33	57,20	54,06	56,18	58,85	59,24	59,02
Hospital de Día Psicogeriátrico									
Ingresos	29	62	91	18	57	75	20	56	76
Estancia Media	40,17	41,14	40,81	38,14	50,28	47,21	42,33	44,91	44,25
Hospital de Día de adultos de Tudela									
Ingresos	43	36	79	25	30	55	30	34	64
Estancia Media	21,65	17,19	19,62	22,14	23,49	22,78	31,65	31,45	31,54
Comunidad Terapéutica Antox-Larraingoa									
Ingresos	42	14	56	37	7	44	42	6	48
Estancia Media	251,10	181,80	241,8	268,50	299,40	273,6	264,90	244,80	263,4
Comunidad Terapéutica Ibarre									
Ingresos	35	7	42	36	6	42	30	7	37
Estancia Media	247,20	238,50	245,1	247,20	360,00	252,6	241,5	269,4	243,0
Comunidad Terapéutica Proyecto Hombre – Estella^a									
Ingresos	50	16	66	50	13	63	51	14	65
Estancia Media	236,40	228,90	234,3	189,90	228,60	195,0	244,5	249,3	246,3
Unidad de hospitalización infanto-juvenil Hospital Universitario de Navarra									
Altas	10	21	31	7	23	30	6	39	45
Estancia Media	30,70	34,14	33,03	23,00	24,91	24,47	22,00	23,18	23,02
Hospital de Día infanto-juvenil									
Ingresos	15	14	29	9	16	25	7	20	27
Estancia Media	93,44	88,20	90,91	116,68	103,67	109,33	88,14	114,78	106,21

M: mujeres; H: hombres; **a**: durante el año 2021, y en el contexto de la redistribución de espacios del Hospital Universitario de Navarra (HUN), se produjo el cierre temporal de la sección A del Servicio de Psiquiatría; **b**: durante el año 2021, y en el contexto de la redistribución de espacios del Hospital Reina Sofía de Tudela, se produjo el cierre temporal de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, siendo los pacientes derivados al HUN; **c**: tras el inicio de la pandemia de COVID-19 se reducen el número de camas de UME de 28 a 23; **d**: tras el inicio de la pandemia de COVID-19 se reducen el número de camas de ULE de 28 a 22; **e**: tras el inicio de la pandemia de COVID-19 se reducen el número de plazas de programa de día de la Unidad de Rehabilitación de 32 a 26 plazas; **f**: tras el inicio de la pandemia de COVID-19 se reducen el número de camas de la Unidad de Rehabilitación en programa de hospitalización de lunes a viernes de 12 a 8 camas; **g**: en 2021 se aumenta el concierto en Proyecto Hombre de Estella de 35 a 38 camas.

Los cambios estructurales que se llevaron a cabo durante la pandemia en los Hospitales del Servicio Navarro de Salud-Osaunbidea (SNS-O) conllevaron el cierre temporal de algunas unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve. Adicionalmente, en otras unidades se produjo una reducción de los aforos. Por tanto, la pandemia conllevó una reestructuración de la

disponibilidad de camas dentro de la propia RSMNa. Fue necesaria una importante coordinación entre los diferentes dispositivos de la RSMNa, para poder cubrir las necesidades de las personas con trastorno mental grave que requerían un ingreso hospitalario. Además de los cambios estructurales, tuvo lugar un cambio funcional importante. En este sentido, unidades de hospitalización estructuralmente abiertas, se convirtieron en unidades funcionalmente cerradas durante el confinamiento poblacional. Además, durante meses, las dinámicas propias de las unidades de hospitalización se vieron alteradas en mayor o menor medida. Temporalmente se suspendieron las visitas a las personas ingresadas, permitiéndose el contacto telefónico o por videollamada con los familiares. También se suspendieron las salidas al exterior y/o los permisos a domicilio, medidas habituales de la práctica clínica para evaluar el grado de recuperación y su capacidad de adaptación a su entorno de vida habitual. Se trató de mantener la interacción social a costa de extremar las medidas de prevención de contagio. También, en algunas unidades, se mantuvo la división en dos grupos de las personas ingresadas para la realización de las terapias ocupacionales y se suspendieron temporalmente algunos programas de carácter rehabilitador (ej. el taller de cocina). En la Unidad de Rehabilitación se realizó una iniciativa “*Vivir del Cuento*” en la que, mediante el uso de tecnología de la información y la comunicación, se creó un espacio de comunicación e intervención terapéutica a través de los cuentos. Se facilitó el acceso a la vacunación y se tuvo en cuenta la situación vacunal, así como la situación epidemiológica poblacional, a la hora de autorizar permisos en horarios amplios diurnos y/o de pernocta.

Los límites de aforo también restringieron la asistencia a tratamientos específicos e intensivos en la RSMNa, produciendo una reducción de las plazas y de la oferta terapéutica en programas de hospitalización parcial. Así, se suspendió la actividad grupal, se mantuvieron consultas individuales y, en algunos casos, se realizaron por videollamada. Se organizó una actividad presencial con menor número de pacientes por día. Se suspendió la actividad de comedor terapéutico. En el Hospital de Día-I, se desarrolló un blog en el que se compartían actividades y recomendaciones para las personas usuarias. Se procuró mantener el contacto entre pacientes y familias. En los meses de confinamiento no hubo nuevas derivaciones. Posteriormente y según las recomendaciones vigentes, se recuperó la actividad grupal y la interacción social propia de los recursos, pero manteniendo la restricción de aforo, con las consiguientes adaptaciones de los formatos terapéuticos utilizados.

Atención asistencial en las unidades residenciales de la RSMNa

En el año previo al inicio de la pandemia, la edad media de las personas usuarias de las unidades residenciales fue de $72,4 \pm 12,2$ años (mediana 71 años, rango: 45-96 años) y el periodo medio de ingreso $21,3 \pm 15,4$ años (mediana 13,5 años, rango: 9,5 – 64,8 años).

Las unidades residenciales precisaron una importante reestructuración debido a la especial fragilidad de las personas atendidas. Fueron necesarias limitaciones en la realización de visitas, salidas, adecuación de espacios, cribados a pacientes y profesionales, aislamientos, adquisición de equipos y material de protección, así como vacunación temprana. Todas estas medidas se consensuaron con la unidad sociosanitaria debido a la alta vulnerabilidad de este grupo poblacional (edad avanzada, personas con pluripatología e institucionalizadas).

A pesar de que estas medidas, más restrictivas que en otros ámbitos, evitaron contagios durante la primera ola (únicamente 4 contagios en 81 pacientes), en el final de la segunda ola se produjo un importante brote (38 personas contagiadas). En dicho brote, previo al inicio de la campaña de vacunación, hubo que lamentar el fallecimiento de 8 residentes. Actualmente se continúan adaptando los protocolos de actuación. Posteriormente, coincidiendo con las diferentes olas sufridas a lo largo de la pandemia, se han producido pequeños brotes (≤ 4 casos), siendo de escasa gravedad. Desde el 28 de diciembre de 2020, momento en el que se administró la primera dosis de la vacuna COVID-19, se han producido un total de 23 casos, de los que dos (8,7%) han requerido hospitalización, con una evolución posterior favorable.

Suicidio

De manera más específica y teniendo en cuenta que la prevención del suicidio es una línea estratégica de la RSMNa en particular y de la Organización Mundial de la Salud en general, se ha monitorizado el número de suicidios consumados en Navarra durante el periodo de estudio.

En la figura 1 puede verse el número absoluto de suicidios consumados segregados por sexo, así como sus tasas de mortalidad/100.000 habitantes. En el año 2020 no se aprecia un incremento respecto a 2019. Sin embargo, en 2021 se produce un incremento de las tasas de suicidio en ambos sexos, siendo más marcado en mujeres. No obstante, el número de suicidios es mayor en los varones en todos los años valorados.

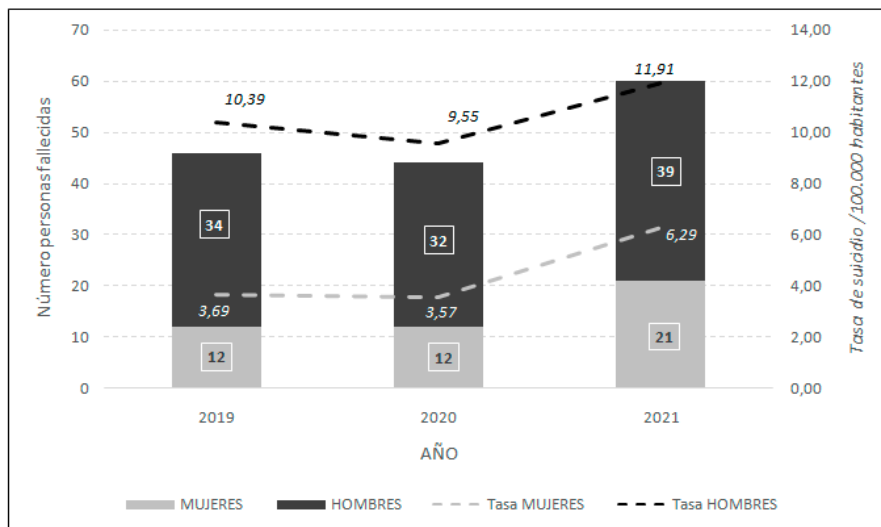


Figura 1. Tasas de suicidio/100.000 habitantes y número de suicidios consumados por sexo durante los años 2019, 2020 y 2021. Eje izquierdo: número total de personas fallecidas por suicidio en Navarra entre 2019 y 2021.

Atención al personal sanitario de la RSMNa

Además del impacto que tuvo la pandemia en la población general y en los pacientes atendidos en la RSMNa, esta generó un impacto en la salud física y/o emocional del personal sanitario. En ese contexto y desde la Gerencia de Salud Mental, se puso en marcha un teléfono (de 8 a 20 horas, todos los días de la semana) de apoyo emocional al personal sanitario y de las residencias, que estuvo activo durante el confinamiento. Este teléfono fue atendido de forma voluntaria por profesionales de la RSMNa.

Se atendieron a 50 personas, el 92% mujeres de edad entre 40-49 años. El 43,5 % eran enfermeras. El 64% de las llamadas tenían como motivo la ansiedad y el miedo. La distribución por lugar de trabajo fueron el 38% del Hospital Universitario de Navarra, el 26% de residencias de mayores y el 22% de Atención Primaria.

Posteriormente y en coordinación con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, se pusieron en marcha los grupos de apoyo psicológico dentro del Plan de Cuidado de la Salud Emocional de los profesionales del SNS-O. Fueron llevados a cabo por profesionales de psicología clínica y su objetivo era el desahogo y ventilación emocional asociado a las situaciones estresantes vividas en la pandemia, facilitando el autocuidado y el bien-

tar emocional. Los grupos se iniciaron en noviembre de 2020 y estuvieron activos tres meses en horario de mañana y tarde. Acudieron 25 personas: personal técnico auxiliar de cuidados en enfermería (28%), profesionales de medicina (16%) y de enfermería (16%). En el área de Tudela se llevó a cabo un programa de apoyo psicológico al personal en el contexto laboral, telefónico y presencial. Desde el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Navarra se desarrollaron programas de atención psicológica a familiares de fallecidos y a pacientes ingresados. Adicionalmente, se elaboró un documento informativo sobre recursos, a nivel nacional, de ayuda para profesionales a través de plataformas disponibles en internet. Dichos recursos ofrecían pautas de autocuidado, gestión del impacto emocional y práctica de *mindfulness*, entre otras.

En cuanto al número de profesionales que integran la plantilla de la RSMNa, podemos ver que durante la pandemia y el periodo postpandemia, se ha producido un incremento de las contrataciones, lo que ha motivado un aumento de la misma (669 profesionales en 2019, 687 en 2020 y 708 en 2021). En relación al absentismo por enfermedad, no hemos observado, respecto a 2019, un mayor absentismo (5,6% en 2019, 5,7% en 2020 y 4,6% en 2021).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La pandemia del COVID-19 ha impactado considerablemente en la salud y en el bienestar emocional de las personas. Se han producido factores de vulnerabilidad social, biológica y psicológica, que han tenido una importante repercusión en la población¹⁷. En cuanto al SNS-O, la irrupción de la pandemia y el confinamiento consecuente, propició una adaptación rápida del marco asistencial de los recursos sanitarios, incluida la RSMNa.

A nivel ambulatorio, se produjo un importante descenso del número total de consultas realizadas en los CSM durante 2020. La respuesta de la oferta asistencial durante la pandemia no fue homogénea en los diferentes recursos. Si nos comparamos con otros sistemas sanitarios, hemos estado alineados en cuanto al desarrollo de medidas telemáticas para suplir la carencia de actividad asistencial presencial^{18,19}. También se ha observado en otras áreas de salud y en otros países, el descenso de la demanda asistencial en las fases iniciales de la pandemia. Factores como el confinamiento, el temor al contagio y posibles consecuencias negativas para la salud, han podido ser los principales motivos de esta reducción. Adicionalmente, una menor disponibilidad de profesionales sanitarios, debido a las bajas laborales y/o reubicaciones, han podido contribuir^{20,21}.

Durante el año 2021, se produce un incremento de la actividad en primeras consultas, pero no es suficiente para dar respuesta al incremento de la demanda, produciéndose un aumento de la lista de espera. Este hecho, podría deberse a cuestiones de tipo organizativo, tales como: la doble duración de las primeras consultas respecto a las de revisión, la mayor morbilidad de problemas de salud mental por necesidades no cubiertas previamente, el impacto de la pandemia en personas vulnerables ante las dificultades de acceso a recursos rehabilitadores tanto sanitarios como socio-sanitarios, el impacto directo de la pandemia en la salud mental de la población general que ha incrementado el malestar emocional, la desintegración paulatina de las redes de apoyo social formales e informales¹⁷, así como la mayor inestabilidad de las plantillas y la sobrecarga de los profesionales.

Se han implementado estrategias para aumentar nuestra capacidad de respuesta asistencial, tales como la redistribución de profesionales de diversos ámbitos de la RSMNa, el desarrollo de estrategias de trabajo transdisciplinar, la priorización de los casos de mayor gravedad mediante la revisión de los volantes de derivación o la implementación de primeras consultas extraordinarias.

Los recursos de hospitalización (total y parcial) también tuvieron que adaptar la actividad asistencial a los diferentes momentos de la pandemia, con modificación de los aforos, espacios y patrón de asistencia, con la fragmentación de pacientes en unidades de convivencia y desarrollando de un modo flexible los planes de intervención (grupal, individual). A pesar de diferencias en los protocolos de actuación entre estos recursos, se intentó mantener un objetivo centrado en cubrir las necesidades asistenciales de las personas con trastornos mentales graves, tratando de preservar la interacción social en dichos recursos y, en la medida de la posible, con sus allegados y grupo social habitual. La importancia de promover la interacción social de estos pacientes con la comunidad en la que viven es un aspecto crucial de la recuperación funcional de las personas. Este objetivo también se ha mantenido en otros sistemas sanitarios^{7,8}.

Cabe señalar que la mortalidad entre las personas usuarias de las unidades residenciales a lo largo de la pandemia ha sido del 9,8% (ocho de un total de 81 usuarias). Todas estas muertes se produjeron al final de la segunda ola. Posteriormente y a pesar de la edad avanzada de estos usuarios, no se han producido fallecimientos por infección de COVID-19. En este sentido, consideramos como principal factor de reducción de la mortalidad, el efecto protector de las pautas de vacunación, ya que, la mayor parte de los casos de infección posteriores a la vacunación, han sido asintomáticos o de sintomatología leve^{22,23}.

Otro resultado de interés es el número de suicidios consumados en Navarra durante la pandemia. En este sentido y al igual que lo descrito en la literatura¹³⁻¹⁵, no se evidencia un aumento significativo de las tasas de suicidio durante el primer año de la pandemia. Sin embargo, durante el 2021 se produjo un incremento del 32% de las tasas de suicidio. A pesar de que, con el diseño de este estudio no podemos establecer una causalidad directa con la pandemia, cabe pensar que las consecuencias negativas a nivel sanitario, económico y social suponen factores de riesgo para el suicidio²⁴. Teniendo en cuenta que el incremento de las tasas de suicidio puede producirse a medio-largo plazo, será importante monitorizar este riesgo, así como aumentar las estrategias de prevención.

Finalmente, cabe destacar las diferencias por sexo observadas durante el año 2021, con un incremento de la actividad asistencial únicamente en mujeres y un aumento más acusado de la tasa de suicidio en mujeres. Este hecho puede deberse, al menos parcialmente, al incremento de la brecha de desigualdades preexistentes que ha producido la pandemia entre mujeres y hombres (mayor afectación de enfermedades reumatológicas, mayor abandono del autocuidado, mayor pérdida de empleo y/o renuncia del mismo para cuidar de terceros, mayor sufrimiento de violencia de género, mayor abandono académico, etc.)²⁵.

La principal limitación de este trabajo, además de las inherentes a los estudios descriptivos que no permiten establecer relaciones causales entre variables, consiste en que únicamente hemos tenido acceso a describir el impacto de la pandemia en base a la actividad asistencial realizada dentro de los recursos de la RSMNa, quedando excluida la población que ha podido acudir a recursos del ámbito privado. Otra limitación del estudio es la falta de otros indicadores de interés como pudiera ser el tiempo de espera entre consultas sucesivas, especialmente en las poblaciones más vulnerables como son los pacientes con trastorno mental grave.

En conclusión, la pandemia ha impactado en la población general y en la continuidad de los planes de tratamiento, en la evolución clínica, psicopatológica y emocional de las personas atendidas en la RSMNa. Este impacto no sólo se limita al periodo de pandemia, sino que puede extenderse a lo largo de los próximos años. Por ello, especialmente en este contexto, cobra más importancia la promoción de la salud mental, no sólo basada en estrategias sanitarias, sino también en políticas de salud pública y socio-sanitaria.

Agradecimientos

Agradecemos a Esther Figueras Famadas y a Izaskun Moreira Baigorri su colaboración en la obtención de los datos de actividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. XIONG J, LIPSITZ O, NASRI F, LUI LMW, GILL H, PHAN L et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord* 2020; 277: 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
2. ALMEIDA M, SHRESTHA AD, STOJANAC D, MILLER LJ. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Arch Womens Ment Health* 2020; 23(6): 741-748. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01092-2>
3. NEARCHOU F, FLINN C, NILAND R, SUBRAMANIAM SS, HENNESSY E. Exploring the impact of COVID-19 on mental health outcomes in children and adolescents: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(22): 8479. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228479>
4. NAM SH, NAM JH, KWON CY. Comparison of the mental health impact of COVID-19 on vulnerable and non-vulnerable groups: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(20): 10830. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010830>
5. Organización Mundial de la Salud. Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. Organización Mundial de la Salud; 2020. <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
6. GARCÍA-ALEGRÍA J, GÓMEZ-HUELGAS R. COVID-19 disease: the hospital of the future is already here. *Rev Clin Esp (Barc)* 2020; 220(7): 439-441. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.010>
7. SHINN AK, VIRON M. Perspectives on the COVID-19 pandemic and individuals with serious mental illness. *J Clin Psychiatry* 2020; 81(3): 20com13412. <https://doi.org/10.4088/JCP.20com13412>
8. RUSS MJ, PARISH SJ, MENDELOWITZ R, MENDOZA S, ARKOW SD, RADOSTA M et al. The interface of COVID-19 and inpatient psychiatry: our experience and lessons learned. *J Psychiatr Pract* 2021; 27(3): 172-183. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000551>
9. REILLY SE, ZANE KL, MCCUDDY WT, SOLLIARD ZA, SCARISBRICK DM, MILLER LE et al. Mental health practitioners' immediate practical response during the COVID-19 pandemic: observational questionnaire study. *JMIR Ment Health* 2020; 7(9): e21237. <https://doi.org/10.2196/21237>
10. REVET A, HEBEBRAND J, ANAGNOSTOPOULOS D, KEHOE LA, GRADL-DIETSCH G, KLAUSER P. Perceived impact of the COVID-19 pandemic on child and adolescent psychiatric services after 1 year (February/March 2021): ESCAP CovCAP survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021;1-8. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01851-1>
11. JOHNSON S, DALTON-LOCKE C, SAN JUAN NV, FOYE U, ORAM S, PAPAMICHAIL A et al. Impact on mental health care and on mental health service users of the COVID-19 pandemic: a mixed methods survey of UK mental health care staff. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2021; 56(1): 25-37. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01927-4>

12. GUNNELL D, APPLEBY L, ARENSMAN E, HAWTON K, JOHN A, KAPUR N et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(6): 468-471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
13. DE LA TORRE-LUQUE A, PEMAU A, PEREZ-SOLA V, AYUSO-MATEOS JL. [Suicide mortality in Spain in 2020: The impact of the COVID-19 pandemic]. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2022. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.01.003>
14. APPLEBY L, RICHARDS N, IBRAHIM S, TURNBULL P, RODWAY C, KAPUR N. Suicide in England in the COVID-19 pandemic: Early observational data from real time surveillance. *Lancet Reg Health Eur* 2021; 4: 100110. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100110>
15. PIRKIS J, GUNNELL D, SHIN S, DEL POZO-BANOS M, ARYA V, AGUILAR PA et al. Suicide numbers during the first 9-15 months of the COVID-19 pandemic compared with pre-existing trends: An interrupted time series analysis in 33 countries. *EClinicalMedicine* 2022; 51: 101573. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101573>
16. PATHIRATHNA ML, NANDASENA HMRKG, ATAPATTU AMMP, WEERASEKARA I. Impact of the COVID-19 pandemic on suicidal attempts and death rates: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2022; 22(1): 506. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04158-w>
17. Sistema de Estadística de Navarra. Condiciones de vida. Encuesta Social y de Condiciones de vida 2020. <https://nastat.navarra.es/es/operacion-estadistica/-/tag/encuesta-social-condiciones-vida>
18. SULLIVAN AB, KANE A, ROTH AJ, DAVIS BE, DRERUP ML, HEINBERG LJ. The COVID-19 crisis: a mental health perspective and response using telemedicine. *J Patient Exp* 2020; 7(3): 295-301. <https://doi.org/10.1177/2374373520922747>
19. ARAFAT MY, ZAMAN S, HAWLADER MDH. Telemedicine improves mental health in COVID-19 pandemic. *J Glob Health* 2021; 11: 03004. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.03004>
20. RÖTHKE N, WOLLSCHLÄGER D, KUNZLER AM, ROHDE A, MOLTER S, BODENSTEIN M et al. [Mental burden, resilience and tendency towards absenteeism among healthcare personnel in Germany during the first wave of the COVID-19 pandemic in spring 2020 : an ad hoc survey]. *Nervenarzt* 2021; 92(6): 579-590. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01132-x>
21. CHRISSIAN AA, OYOYO UE, PATEL P, BEESON WL, LOO LK, TAVAKOLI S et al. Impact of COVID-19 vaccine-associated side effects on health care worker absenteeism and future booster vaccination. *Vaccine* 2022; 40(23): 3174-3181. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.04.046>
22. LOPEZ BERNAL J, ANDREWS N, GOWER C, ROBERTSON C, STOWE J, TESSIER E et al. Effectiveness of the Pfizer-BioNTech and Oxford-AstraZeneca vaccines on COVID-19 related symptoms, hospital admissions, and mortality in older adults in England: test negative case-control study. *BMJ* 2021; 373: n1088. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1088>
23. TENFORDE MW, SELF WH, ADAMS K, GAGLANI M, GINDE AA, MCNEAL T et al. Association between mRNA vaccination and COVID-19 hospitalization and disease severity. *JAMA* 2021; 326(20): 2043-2054. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.19499>

24. LEWIS KC, ROCHE MJ, BROWN F, TILLMAN JG. Attachment, loneliness, and social connection as prospective predictors of suicidal ideation during the COVID-19 pandemic: A relational diathesis-stress experience sampling study. *Suicide Life Threat Behav* 2022. <https://doi.org/10.1111/sltb.12922>
25. FLOR LS, FRIEDMAN J, SPENCER CN, CAGNEY J, ARRIETA A, HERBERT M et al. Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social, and economic indicators: a comprehensive review of data from March, 2020, to September, 2021. *Lancet* 2022; 399(10344): 2381-2397. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00008-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00008-3)