

# La Salud Mental tras el COVID-19: Prevenir y Cuidar

**Ander Retolaza. Psiquiatra.**

**OSALDE (Asociación por el Derecho a la Salud). OME (Asociación Vasca de Salud Mental). Red de Salud Mental de Bizkaia**

Las alertas de esta pandemia para la Salud Mental (SM) podrían clasificarse en dos grandes grupos. Uno es el de aquellas personas con afecciones mentales directamente derivadas del COVID-19, es decir, los casos nuevos que están apareciendo y aparecerán con el virus como causa principal (por ejemplo en sanitarios y otras profesiones expuestas, o en familiares de personas muertas durante la pandemia o, simplemente, derivados de los efectos de la larga cuarentena en personas vulnerables). El otro es el de las personas que ya antes padecían un trastorno mental y que, a consecuencia del estrés vivido, pueden padecer un agravamiento o complicación del mismo. Esto último tiene especial relevancia (como ya estamos empezando a ver) en el caso de los pacientes psiquiátricos más graves.

Las abundantes publicaciones aparecidas en las últimas semanas respecto a las consecuencias para la Salud Mental (SM) de la actual pandemia proporcionan una evidencia clara. Un tercio de los profesionales que trabajaron en Wuhan en primera línea sufrió algún tipo de problema psicológico. Un 42,6% de ciudadanos chinos analizados dieron síntomas de ansiedad y un 16,6% mostraron indicios de depresión en distintos niveles de gravedad, ambos en relación directa con el coronavirus. Un estudio, publicado en el BMJ el pasado Marzo (1), alerta sobre los riesgos psicológicos de la Injuria Moral. Este término hace referencia al distrés derivado de acciones (u omisión de las mismas) que violan el código ético de quien se ve obligado a ejecutarlas, o bien por orden superior, o bien por exigencia de circunstancias extremas. Se producen, en las personas afectadas, pensamientos denigrantes respecto a uno mismo y/o hacia terceros, así como sentimientos de culpa y de vergüenza que pueden acabar en depresión clínica, ideación suicida o trastorno por estrés postraumático (TEP).

Sea como sea, lo que a buen seguro nos vamos a encontrar en las próximas semanas y meses es un aumento claro de la demanda asistencial en SM, con efectos tanto cuantitativos como cualitativos sobre la misma. Siguiendo con el TEP, una revisión sobre la psicología de las cuarentenas, publicada en TheLancet (2), encuentra que incluso 3 años después se reportan episodios de este trastorno. Frente a esto no hay noticia que nuestras redes de Salud Mental

(SM) se estén preparando lo suficiente para el muy probable impacto de la pandemia en uno de los países más golpeados por la misma como es España. En todo caso han aparecido iniciativas interesantes, pero voluntaristas, de colectivos profesionales, poco coordinadas y de dudosa duración en el tiempo, como se empieza a ver una vez que superada la fase aguda de la crisis. Como es sabido, nuestras ratios de profesionales, especialmente en el caso de la psicología y la enfermería (por no hablar de otras profesiones de la red socio-sanitaria), siguen siendo excesivamente bajas. Y en nuestra estructura asistencial persisten deficiencias y problemas, especialmente (aunque no solo), en el lado no hospitalario de la atención, que en teoría es el más cercano a la comunidad.

La pandemia nos está mostrando algo que ya sabíamos. Necesitamos reestructurar nuestros servicios de SM para mejorar nuestros programas y prestaciones asistenciales. La necesidad evidenciada durante la fase aguda de la crisis de desplegar sistemas basados en la Telepsiquiatría, en breve, puede resultar una obligación (3). Por otro lado, y a efectos de reordenar el trabajo en la asistencia pública, resulta imperioso tratar a cada paciente con una intensidad (clínica y de gasto) proporcional a la gravedad de su trastorno. Un mayoritario grupo de los atendidos fuera de los hospitales psiquiátricos y unidades de agudos son casos leves o moderados, pero también cronificados en sus carencias y demandas sociales no satisfechas. Para ellos es más importante el trabajo social que el psiquiátrico. Lo que no significa que no sean pacientes también para la SM. Se trata de casos que tenemos al menos que identificar y tener en antena para trabajar mejor con Atención Primaria, con Servicios Sociales y con otros en la comunidad a fin de mejorar sus bajos niveles de salud (incluida la mental), de protección social y de calidad de vida.

Vivimos en un país que ya fue golpeado duramente por la Gran Recesión de 2008, cuyas consecuencias aún están pagando muchos de nuestros conciudadanos. A resultas de ello los servicios asistenciales (incluidos los de SM) vienen sufriendo importantes carencias en estos años de deuda pública acumulada. Frente a un Estado deficitario en cuanto a la protección que nos ofrece, nos encontramos con una población cuya estructura familiar y social, y cuyos hábitos de contacto comunitario, constituyen un potente factor de apoyo ante la adversidad. Este aspecto, que nos diferencia de otros países de nuestro entorno más ricos y desarrollados, constituye un valor de primer orden que no sabemos si se mantendrá en un próximo futuro. Algunos consideran probable que estos hábitos de cercanía (por contraste a la distancia social que se nos

impone durante la cuarentena) hayan sido una de las causas de la fácil propagación y letalidad del virus en nuestro país.

En mi opinión, los cambios, que de cualquier forma nos esperan, deben estar guiados por los principios básicos de la psiquiatría comunitaria (que siempre es más extrahospitalaria que lo contrario) y que hay que poner al día. De una manera ideal ello exige participación y control por parte la ciudadanía y de sus representantes (partidos políticos, sindicatos, asociaciones civiles, de usuarios...) en lo referente al despliegue, estructuración y resultados finales de nuestros servicios. Ello debería hacerse mediante organismos de buena gobernanza y en colaboración con gestores y profesionales, que tampoco deben tener la última palabra. Por lejos que estemos de este objetivo, lo correcto sería moverse en esa dirección o, al menos, utilizarla como brújula para no perdernos en el camino. También hay que pensar en la perentoria necesidad de profesionales no psiquiatras en nuestras redes asistenciales (psicólogos, personal de enfer-

mería, trabajadores sociales, etc...), sin olvidar el mencionado uso de nuevas tecnologías, que no son una panacea, pero que pueden resultar bastante útiles en la tarea de reordenar y modernizar nuestra atención a la SM. Se trata de reestructurar las prestaciones y programas desde una perspectiva más preventiva, más rehabilitadora y orientada desde principios de salud pública. En lo inmediato se va a abrir una ventana de oportunidad a favor de la Sanidad Pública que es probable que no dure mucho. Debiéramos aprovecharla para mejorar nuestro sistema de salud que (a pesar de las necesidades urgentes para abordar procesos agudos en la que nos ha colocado la epidemia) debe virar hacia una mejor atención a los pacientes crónicos, que son la mayoría. Esto incluye a ancianos y personas con trastorno mental, dos colectivos bastante castigados por esta pandemia. En palabras de Rafael Bengoa (exconsejero de Sanidad del Gobierno Vasco): "La integración de la sanidad y los servicios sociales, o cuando menos una estricta coordinación, será un elemento clave en el modelo de bienestar futuro". ♦

## ¿Nueva anomalía tras la pandemia?

**Iñaki Markez. Psiquiatra.**

**Miembro de Osalde (FADSP). País Vasco**

**E**l confinamiento, a las pocas semanas, nos ha situado ante la crisis COVID, que nos ha puesto frente al espejo con todo el cúmulo de incertidumbres en nuestro trabajo, nuestros vínculos sociales y familiares, nuestra vida cotidiana y nuestro futuro para los meses y quizá años venideros. También nos ha obligado a volver la mirada hacia cuestiones que estaban presentes, aunque no les prestábamos demasiada atención. Esta crisis, creativa y extenuante, ha puesto de manifiesto la precariedad del Sistema Público de Salud y del sistema sociosanitario de cuidados, agotados por los recortes desde la crisis financiera del 2008. Hemos descubierto que el problema no es cuánto sino cómo se gastaba. El bienestar de la ciudadanía ni estaba ni se la esperaba en el diseño de las políticas de salud.

Es complicado saber el impacto psicológico de la Covid-19, incluso no sabemos si durará años, o qué nos ocurrirá con un estrés prolongado tras este periodo de aislamiento con muchas respuestas emocionales, con miedos a la infección, a la carencia de medios de protección, informaciones contradictorias, incertidumbres y tiempo prolongado en aislamiento o con el temor a que alguien nos contagie. Muchas emociones negativas pero útiles pues alertan del riesgo y ayudan a evitarlas. Emociones y vi-

vencias que han tenido todos esos colectivos profesionales del campo de la salud y del área sociosanitaria; o de quienes han estado pendientes de los alimentos, la limpieza, la enseñanza, el transporte, junto a todos esos hombres y mujeres que están en torno a las emergencias y otros muchos servicios.

Tras el confinamiento, en el proceso de desescalada, es difícil predecir lo que nos va a ocurrir. Lo preguntan esos generadores de opinión y de alarma social, algunos periodistas, tertulianos, y también desde la política. Nos van insuflando opiniones sesgadas y de escaso rigor, tanto que en ocasiones cambian de una semana a otra. Los investigadores coinciden en que las fuentes de estrés vendrán de las pérdidas económicas y del estigma por haber estado en contacto con el virus, así como del propio confinamiento pues una situación de aislamiento prolongada ocasiona no pocos síntomas de ansiedad y depresivos, trastornos del sueño, duelos que no pudieron iniciarse adecuadamente tras las pérdidas, trastornos de estrés postraumático en muchos profesionales que han estado de modo continuado ante vivencias de enorme intensidad y dureza, o diversos malestares psicológicos derivados de las consecuencias laborales ante la crisis social y económica. Todo en grandes cantidades.

Tras el estado de alarma es posible que en el Estado español se hayan alcanzado casi los 30 mil fallecimientos oficiales por Covid-19.

Con otras muchas muertes por diferentes causas, lo que significará que muchas decenas de miles de personas, familiares y allegados podrían sufrir las consecuencias de no haber podido iniciar adecuadamente el proceso del duelo. A los duelos inadecuados ¿cuántos trastornos de estrés postraumáticos sumaremos?, ¿cuántos cuadros desadaptativos?, ¿o la intensa hipocondría, cuando no psiquiatría del estrés y de los problemas sociales?, ¿cuánta severidad nos acompañará? Y desde luego, caso de asumir el empobrecimiento vital, nada de asumir el "síndrome de la cabaña", patología inexistente con ese nombre, como antes hubo otros síndromes que solo perseguían elementos de negocio. Presumiblemente serán muchas las personas afectadas, demasiadas.

Habrà muchas situaciones de inadaptación a cuestiones que no conocíamos y que desde las ciencias de la salud mental hay escasa formación. Profesionales de la salud mental, y la sociedad en su conjunto, tendremos que aprender de esta pandemia, sobre todo la necesidad de atender colectivamente, a sus gentes, a sectores vulnerables, personas mayores o menores, de diferentes edades, con enfermedades crónicas o en situaciones de exclusión. Junto con los equipos de Atención Primaria, servicios sociales y colectivos diversos para fortalecer la salud comunitaria que tendrá que favorecer nuevos liderazgos. Habrá, eso sí, que sortear una tentación, ya existente en la actualidad, la de medicalizar y psiquiatrizarse el malestar psicológico y otros malestares comportamentales, algo que sabemos no es la solución a estos problemas. No será una tarea fácil y tendremos que valorar el efecto terapéutico de otros recursos existentes o por ir generando.

También ha habido cambios importantes no esperados en estos meses: menor demanda de consultas, muchas resueltas de modo no presencial, menos consumo de fármacos, se han perfilado cambios en el modo de trabajar los equipos sanitarios, mayor higiene social tras la precariedad previa, mayor atención a la vigilancia epidemiológica y a la salud pública tan abandonadas anteriormente, etc., etc. y deberán ser consolidados. Se ha constatado que muchas adversidades no se afrontarán con psicoterapia o medicamentos, se afrontan ya con el apoyo familiar o del entorno próximo. Lo hemos comprobado, necesitamos a la familia, no podemos estar días, semanas o meses teniéndola cerca y no verla. Ayudar y apoyar es una fuente de satisfacción y un método de supervivencia pues salud mental es cercanía social que debemos valorar. Si caemos en medicalizar los malestares sociales, las consecuencias pueden ser muy dañinas y correremos el riesgo de que el malestar se cronifique.

Se trata de aprender a construir en las nuevas situaciones, fortalecer los equipos sanitarios y sociales, especialmente la Atención Primaria y ese amplio campo de lo sociosanitario. Debemos mejorar la calidad de la atención a la salud, también en los centros sociosanitarios, donde las residencias de mayores han sido lo

más visualizado. Aprendizajes tras esta pandemia en la que por aquellos recortes previos en lo sanitario y lo social hemos padecido la envergadura de semejante tragedia. Sin olvidar potenciar las iniciativas sociales. Las intervenciones psicológicas o médicas deberán ser acompañadas de una red de salud pública y de más recursos sociales, con esos profesionales tan carentes en lo social y sanitario (trabajadoras y educadores sociales, enfermería, psicólogas, pedagogos...) con tasas muy alejadas de las existentes en los países desarrollados de la Unión Europea. La pandemia ha orientado las miradas hacia nuestra fragilidad y hacia la necesidad de tener un sólido sistema de salud pública que salve vidas, al margen de edades, credos, clases sociales, orígenes, o situación cultural y económica.

Volver a *la normalidad* significará hacerlo aplicando los nuevos conocimientos tras estos meses. ¿ Los olvidaremos nada más salir? Posiblemente en pocos años sí. Ya olvidamos la epidemia de VIH, el 11-S y el 11-M, la crisis económica del 2008, el ébola, algunas gripes particularmente graves... y grandes catástrofes por el mal hacer humano. Las personas necesitamos mirar hacia adelante y también hacia la historia, pero ¿qué hacer con un estrés postraumático tan masivo?, ¿seguiremos contaminando el mundo, nuestro hábitat? Dicen que evolucionamos, pero no cambiamos los comportamientos destructivos. Volveremos a tener la apariencia anterior, pero ¿cómo vamos a estar emocionalmente en "la salida"? Hemos acumulado mucha tensión, cólera, no sabemos cuánta violencia y los problemas económicos y la tensión política pueden distorsionar los comportamientos.

¿Qué tipo de vida queremos? Una pregunta a hacerse la ciudadanía y las instituciones. No queremos una normalidad con altas dosis de soledad, precariedad, individualismo, consumismo generalizados y de grandes desigualdades. Puede que vayamos hacia esa llamada "nueva normalidad", que suena a término retórico y engañoso, actuando con otras formas de poder, con un gran hermano que todo lo quiere ver y controlar. O hacia *otra anormalidad* más bien. Quizá nos planteemos escapar de otros muchos confinamientos previos que teníamos asumidos: el tipo de familia, la sexualidad, las tareas domésticas, el brutal consumismo y la contaminación que generamos, los modos de relación social, las formas de trabajar, el tipo de transporte, ciertas formas de ocio o lo que llamamos vacaciones, etc. En la salida gradual tendremos que ser respetuosos. Muchos no cumplirán y querrán hacer fiestas o acudir a espacios y eventos masivos creyendo que eso es libertad. Habrá gente muy generosa y otra muy egoísta, hasta es posible que amplios sectores no hayan aprendido en esta oportunidad. Nuestra vida cotidiana, la del hiperconsumo, cuyos hábitos se han visto trastocados por esta pandemia y por las medidas frente a ella, nos ha de obligar a determinar muchas renuncias más asertivas: las necesidades públicas deben ser gestionadas desde lo público. ◆