



## La epidemia del COVID-19 y la salud mental comunitaria.

### *The COVID-19 epidemic and community mental health.*

Plataforma de Salud mental de Aragón.

Queremos mostrar desde aquí nuestro reconocimiento a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que están teniendo que realizar su labor en condiciones muy difíciles y afrontando no solo la asistencia sino las dolorosas situaciones emocionales en las que nos sumerge esta pandemia.

Nuestro escrito trata de abordar, con un enfoque crítico, la respuesta a los efectos del coronavirus y más específicamente la respuesta asistencial que se está dando a los usuarios de los recursos de salud mental. Analizamos el modelo de respuesta que se ha dado hasta ahora y se dará previsiblemente a sus necesidades, si no anticipamos las posibles consecuencias.

Los efectos traumáticos que está teniendo la situación creada por la pandemia del coronavirus con sentimientos de irrealidad acompañantes, de detención del tiempo, de cambio radical de nuestras condiciones de vida, no nos pueden hacer olvidar los problemas en “los que estábamos antes”: endeble planificación de la asistencia empeorada con la incorporación de los nuevos profesionales, problemas de espacio en los CSM, preocupación por las prácticas coercitivas en salud mental, listas de espera. Si bien los acontecimientos nos traen de forma alarmante nuevos problemas, los anteriores van a seguir estando ahí cuando se vuelva (si es posible) a la “normalidad”, probablemente corregidos y aumentados.

Queremos subrayar cómo la novedad, lo “traumático” de la situación de pandemia podría impedir visualizar la intensificación y amplificación de

tendencias previas, ya sea en las problemáticas personales, vinculares, sociales y organizativas ya sea en los modos de afrontarlas y tratarlas. En lo relativo a la atención a la salud mental hay una escotomización que se produce principalmente de dos maneras:

- por una suerte de “biologización de los problemas que acaba por tecnificarlos y despolitizarlos” y
- mediante la instalación en el imaginario colectivo de lo que se ha llamado una “retórica delegativa de lo común”<sup>1</sup>, que dificulta la reflexión sobre la nueva situación en lo que tiene de novedoso y en lo que tiene de reagudización de tendencias que ya valorábamos como negativas (“regresión a los antiguos modelos asistenciales dominantes”).

El necesario confinamiento ha obligado a tomar medidas urgentes que por sus propias características implican la dificultad de las actividades presenciales, pero la priorización de la atención hospitalaria y el relegamiento a segundo (¿tercer, cuarto?) plano de la atención comunitaria, en CSM y servicios de rehabilitación comunitarios, no serían ninguna novedad debida a la pandemia.

Frente a esta nueva situación que amputa radicalmente el contacto interpersonal directo, o lo reduce a mínimos, y los efectos que ello puede tener en el modo de vivir y de existir, se nos sugiere

1. García López, E. [www.cuartopoder.es/ideas/2020/04/12/por-un-pensamiento-no-confinado](http://www.cuartopoder.es/ideas/2020/04/12/por-un-pensamiento-no-confinado)

como nueva fórmula de abordaje la indiscriminada respuesta que remite al teletrabajo. En el plano asistencial supone la privación de las intervenciones presenciales y colectivas, con el agravante de que en la gran mayoría de los recursos no se disponía, ni se dispone, de medios telemáticos; y con la ausencia de medios y de conocimientos para su utilización por buena parte de los pacientes a los que atendemos. No desdeñamos la utilidad de las nuevas tecnologías, que en la situación de alarma nos permite unos mínimos, pero somos conscientes de sus limitaciones y riesgos en las relaciones interpersonales.

Se hace necesaria, como paso previo a la toma de decisiones en la asistencia, una reflexión sobre la trascendencia de esta situación traumática, que corremos el riesgo de que se haga crónica. Cómo afecta según nuestros conflictos interiores previos, a las distintas estructuras psicopatológicas con las que los humanos nos defendemos del sufrimiento, los diferentes tipos de conflictos vinculares en los diferentes ámbitos, unos más importantes en estos momentos que otros: pareja, familia (recordemos los estudios de “emoción expresada”)<sup>23</sup>; cómo afecta a nuestros sueños, a nuestras diferentes producciones psíquicas.

En el plano de los efectos psíquicos más concretos del coronavirus observamos una particular “neurosis de guerra” en la que las personas experimentamos en distinto grado sentimientos y vivencias similares a los que presentan las personas con trastornos psicóticos: sentimientos de amenaza (la vida y la muerte pueden estar a la vuelta de la esquina), paranoia (contaminar o ser contaminado, cualquiera puede ser un peligro), aislamiento afectivo, incluso distanciamiento de la realidad. Sumándose duelos a menudo complicados, por pérdidas inesperadas. Esta situación, que puede agudizar conflictos previos, se complica por la falta de las alternativas de evasión que esta sociedad consumista de forma bastante interesada nos oferta y a las que estamos acostumbrados.

Volviendo a la asistencia en salud mental, lo más fácil, y probablemente el mayor riesgo, sea regresar

al uso exclusivo de los viejos esquemas en términos de incremento de la incidencia de patología mental del modo reduccionista del que hablamos arriba. Al fin y al cabo los profesionales, afectados también por el trauma colectivo, podemos/pueden tender a la repetición automática.

Es necesario pensar, además de atender las posibles descompensaciones personales, que lo que la población está padeciendo y padecerá es un *incremento del sufrimiento*, que sería conveniente ayudar a *canalizar* en lugar de cuantificar y catalogar. De lo contrario solo lograríamos prolongar los sufrimientos a la vez que condenamos a un desbordamiento nuestro sistema de atención, dada la envergadura de la conmoción social.

Canalizar en la medida de lo posible de manera *colectiva*, sin patologizar a la población desde un inicio. Si bien el sufrimiento tiene que ser escuchado y elaborado, la atención individual no es la única vía y no siempre lo más beneficioso es hacer una lectura individualista de dicho sufrimiento. Nuestra propuesta es que hay que *garantizar el abordaje psicosocial comunitario* superando el enfoque médico reduccionista de síntomas- diagnóstico- fármacos. Planteamiento que no ignora las consecuencias sociales de la llegada del COVID-19 con sus particularidades eventuales en cada caso.

Otro problema al que deberíamos estar atentos en esta nueva situación es a una posible vuelta de tuerca en lo relativo a la restricción de derechos de los pacientes psiquiátricos con TMG, diferenciándolos como población del resto de la ciudadanía. Y justificar la diferencia en la atribución de que no son capaces de entender y valorar los peligros; y cuya conducta, en contadas ocasiones imprevisible, puede ser valorada como un riesgo intolerable ahora. Es la vieja hipótesis de la violencia de los enfermos mentales contada de otra forma.

Esto no es contradictorio con la discriminación positiva en lo relativo a las normativas de confinamiento.

Si bien en el pasado reciente hemos puesto de manifiesto las deficiencias a la hora de la planificación asistencial, consideramos de obligado compromiso hacer un esfuerzo mayor de reflexión y planificación unificada de la asistencia en estos

2. Leff, J. y Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Nueva York: Guilford Press.

3. Lemos, S. y Muñiz, J. (1989). *Expresión emocional familiar en la esquizofrenia*. Investigaciones Psicológicas, 6, 269-294.

nuevos tiempos que nos va a resultar necesario recorrer, plagados aún de incertidumbre. No somos partidarios de confinar el pensamiento.

Esta reflexión tiene en cuenta algunos PELIGROS que la nueva situación puede incrementar:

- Habrá que estar atentos al peligro de vulneración del respeto a los derechos humanos de las personas con enfermedad mental, como resultado de la priorización de la salud biológica, que de un modo u otro nos cosifica.
- Habrá que estar atentos a que pueda resultar dañado el modelo comunitario, dando lugar a un nuevo incremento del predominio de lo hospitalario.
- Habrá que estar atentos al peligro de una sustitución ilusoria de la asistencia individual y colectiva presencial por modelos asistenciales basados en la telemática (la telemática como metáfora de un modelo biologicista trasladado a la comunicación, medicalizado, y desubjetivador de la asistencia).
- Se hablaba en el modelo comunitario de abolir la distancia con el enfermo, no de tenerlo a distancia. No es posible sustituir así la relación, instrumento principal de la terapia y también de la asistencia, la valencia socio terapéutica y rehabilitadora de frecuentar un Centro de Salud mental o un Centro de día.
- Habrá que estar atentos a que no se refuerce la “jerarquía de los expertos”, que la pequeña amplitud democrática lograda en torno a la salud mental como problema colectivo (profesionales, usuarios, familiares y ciudadanos) no se vuelva a cerrar.
- Habrá que estar atentos a que no se cuele el abandono bajo el pretexto del riesgo de contagio.
- Habrá que estar atentos a la sobremedicación, otra posible forma de abandono con etiqueta terapéutica, so pretexto de su rápida acción y la presión asistencial.
- Habrá que estar atentos al riesgo de “incapacitar”, legalmente o de hecho, a las personas con trastorno mental, tomando decisiones sobre su vida como si fueran incapaces.

- Habrá que estar atentos al fomento del individualismo en la comprensión de las problemáticas y de la asistencia: riesgo de psicologización y psiquiatrización de los problemas colectivos.

- Habrá que estar atentos a que no se cuele, en fin, el doble rasero con el que se trata tan a menudo el grave problema de las adicciones.

Como Plataforma nos planteamos en esta nueva situación los siguientes OBJETIVOS y PROPUESTAS:

- Reivindicar la salud mental comunitaria como un servicio esencial, en la fase de desconfinamiento. (16/4/2020 “Más allá del Quédate En Casa y otras épicas”. [www.cuartopoder.es/ideas](http://www.cuartopoder.es/ideas) Javier Segura).
- Coordinar una red público-social (iniciativas ciudadanas surgidas al calor de la epidemia) de acompañamiento telefónico y presencial a personas en situación de soledad, aislamiento o desamparo. Apoyarse en esas redes sociales comunitarias y trabajar con ellas en la atención a los ciudadanos más necesitados (enfermos mentales graves entre otros), incorporando teórica y prácticamente en nuestros esquemas de intervención el valor del cuidado comunitario.
- Reforzar la cobertura (tanto telefónica, como presencial) para la prevención de problemas de salud mental y la atención a las personas con diagnóstico de enfermedad mental.
- Evaluar cómo se está realizando en esta fase de confinamiento la atención a personas con adicciones.

Reabrir los servicios de comedor o buscar soluciones alternativas que aseguren la provisión de alimentos a la población enferma mental grave atendida con anterioridad en esos servicios y a las personas nuevas que lo necesiten.

- Reforzar la hasta ahora escasa atención domiciliaria en los dispositivos comunitarios asistenciales.
- Continuar denunciando aquellas situaciones asistenciales que consideramos atacan una asistencia en salud mental pública, universal y de calidad, reivindicando la singularidad de cada paciente, de cada familia, de cada



colectivo y la importancia de lo relacional-afectivo de los tratamientos, defendiendo los intereses de toda la población enfermada y de la ciudadanía por encima de la disputa de recursos y dispositivos concretos (en tiempos de crisis, ante la escasez, podemos ver aparecer una contienda entre intereses particulares).

- Realizar un seguimiento de la atención a los nuevos pacientes dada la situación de estancamiento que se está produciendo en la atención en los CSM. ¿Cómo articular la atención para que no se produzca una demora ya excesiva y atender las necesidades en unos plazos razonables? Necesitamos realizar una prevención selectiva priorizando los servicios, identificar quién los necesita más, discriminando los perfiles psicopatológicos y las situaciones de mayor riesgo.
- Detectar las problemáticas sociales de los pacientes más vulnerables (víctimas sociales) que se van a agravar como consecuencia del incremento de desigualdad por la crisis (desigual afectación por estrato social, etnia, género, discapacidad).
- Favorecer que la disminución de las restricciones del confinamiento alcance del mismo modo a las personas con enfermedad mental grave que están siendo atendidos en las unidades rehabilitadoras o residenciales y que se han visto en este periodo de confinamiento especialmente aumentadas.

- Buscar la mayor sinergia de los servicios de salud mental con la red de AP, comunitaria, en el afrontamiento de un problema común, como es la pandemia y sus consecuencias posteriores.

Continuar la defensa de los derechos humanos, más difícil todavía en esta situación donde fácilmente vemos extenderse la visión de los enfermos mentales, siempre en riesgo de exclusión, como ocasionales portadores irracionales del virus (bombas biológicas), lo que supone un sobrestigma añadido.

Reivindicar que la atención a la salud, a la salud mental y a un modo de vida “digno” no se consiga por la “caridad” o beneficencia de algunos, sino desde el reconocimiento efectivo de los poderes públicos como un derecho humano fundamental.

Zaragoza, 1 de Mayo de 2020