

Aspectos éticos de la atención a la salud mental durante la pandemia por Covid-19

Ethical aspects of mental health care during the Covid-19 pandemic

María Jesús del Yerro

Unidad de Interconsulta y Enlace, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

Gabriel Rubio

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid

Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

Red de Trastornos Adictivos, RETICS (Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud),

Instituto de Salud Carlos III, MICINN y FEDER

Francisco López-Muñoz

Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid

Red de Trastornos Adictivos, RETICS (Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud),

Instituto de Salud Carlos III, MICINN y FEDER

Facultad de Salud, Universidad Camilo José Cela, Madrid

Portugalense Institute of Neuropsychology and Cognitive and Behavioural Neurosciences (INPP), Universidade Portucalense, Oporto, Portugal

RESUMEN

La pandemia de COVID-19 ha supuesto una catástrofe y una situación de emergencia que ha puesto a prueba todo el sistema sanitario español. Las medidas adoptadas para la contención de la infección han podido aumentar el riesgo de padecer trastornos mentales. Los hallazgos preliminares sugieren efectos nocivos para la salud mental en personas previamente sanas y en profesionales y personas con trastornos de salud mental preexistentes.

Los Servicios de Salud Mental públicos han realizado un esfuerzo de adaptación y han dado respuestas novedosas, como el uso de la telemedicina. Sin embargo, también se han puesto de manifiesto las carencias del sistema y la necesidad de mejorarlos. Se realiza una reflexión sobre los aspectos bioéticos de la respuesta dada a la pandemia y la necesidad de disponer en el futuro de espacios en los que todos estos aspectos se puedan evaluar con la suficiente distancia temporal y emocional.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has been a catastrophe and an emergency situation that has put the entire Spanish health system to the test. Measures taken to contain the infection have been able to increase the risk of suffering from mental disorders. Preliminary findings suggest adverse mental health effects in previously healthy people, and in professionals and people with pre-existing mental health disorders.

The public Mental Health Services have made an adaptation effort and have given innovative responses such as the use of telemedicine. However, the shortcomings of the system and the need to improve them have also been highlighted. A reflection is made on the bioethical aspects of the response given to the pandemic and the need to have spaces in the future in which all these aspects can be evaluated with sufficient temporal and emotional distance.

Palabras Clave: confinamiento, principio de precaución, justicia distributiva, responsabilidad, bioética, telemedicina.

Key Words: confinement, precautionary principle, distributive justice, responsibility, bioethics, telemedicine.

I. INTRODUCCIÓN

La psiquiatría ha sido, desde sus inicios, una disciplina que ha planteado múltiples problemas éticos a los profesionales que la ejercen y a la sociedad. Sus prácticas, sus tratamientos y las diferentes corrientes doctrinales han estado en el punto de mira de una sociedad en la que los valores democráticos se han ido consolidando y que demanda su realización en todos los ámbitos. La pandemia por COVID-19, como no podía ser de otra forma, también ha planteado problemas morales a las diferentes especialidades médicas, entre ellas a la psiquiatría.

La aparición de una epidemia no es algo nuevo para la humanidad, habiendo tenido que enfrentarse a ellas a lo largo de su historia. Hasta principios del siglo XVIII, el vehículo de transmisión más característico era algún tipo de agente sólido (como las ratas en la peste); en los siglos XVIII y XIX predominaron las epidemias de transmisión hídrica (como el cólera); y, en el siglo XX, las grandes epidemias infecciosas son de transmisión hemática (como es el caso del sida o de la hepatitis B) (Gracia y Lázaro, 2008). La actual es también de origen infeccioso: el SARS-CoV-2.

Esta pandemia apareció de forma brusca, extendiéndose rápidamente entre la población mundial y contagiándose con facilidad de unas personas a otras. Los primeros casos notificados ocurrieron a finales diciembre de 2019, y la OMS declaró la pandemia el 11 de marzo de 2020. La evolución continúa siendo impredecible, asistiendo, en el momento actual, a la aparición de nuevos brotes, a la reinfección de personas que ya habían tenido la enfermedad y a un aumento mantenido en el número de casos detectados y de personas hospitalizadas, aunque no estamos ante un desbordamiento del sistema sanitario como el ocurrido durante los meses de marzo y abril.

Esta pandemia ha dado origen a una situación en la que convergen el ser una crisis sanitaria, de magnitud desconocida, con una gran carga de incertidumbre en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la patología, y una crisis socioeconómica cuyas consecuencias son todavía inciertas.

Ante esta coyuntura, el Gobierno adoptó medidas para proteger a la población, entre ellas, declarar el estado de alarma, con la promulgación del RD 463/2020, de 14 de marzo, que limitó la movilidad de las personas por las vías o espacios de uso público, salvo contadas excepciones. Así mismo, se suspendieron las actividades de hostelería y restauración, la actividad educativa presencial en todas sus modalidades y las actividades deportivas y de ocio. También se regularon las excepciones para garantizar el suministro de alimentos, productos y bienes de primera necesidad y se establecieron normas dirigidas a reforzar el Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional, al aseguramiento del suministro de bienes y servicios necesarios para la protección de la salud pública y en materia de transportes.

Todo esto se ha producido en un contexto de desequilibrio entre los recursos sanitarios disponibles y las necesidades asistenciales. El sistema sanitario, tanto público como privado, se tuvo que ir adaptando a una situación que desbordó todos los recursos existentes.

Los profesionales de la Salud Mental de la Comunidad de Madrid también estuvieron inmersos en este proceso de adaptación a la pandemia por la COVID-19. Casi el 60% de las Unidades Psiquiátricas de Hospitalización Breve (UHB, en adelante) dejaron de atender a personas con trastornos mentales para pasar a ser unidades de Medicina Interna (MI, en adelante) – COVID, de tal forma que estas personas se hospitalizaban en hospitales psiquiátricos monográficos o en algún hospital general que mantuvo su UHB operativa. En algunas áreas, los psiquiatras pasaron a realizar tareas de apoyo en las unidades de MI.

La primera consecuencia de todo ello fue que las citas de los pacientes nuevos y sucesivos citados en los Centros de Salud Mental (CSM, en adelante) y en la Unidad de Interconsulta ambulatoria del hospital fueron sustituidas por entrevistas telefónicas y se bloquearon las derivaciones de pacientes nuevos. El objetivo era disminuir, en la medida de lo posible, la extensión de la pandemia, evitando el contacto de personas sanas con otras potencialmente enfermas o portadoras del virus, así como la exposición del personal sanitario que carecía de suficientes medidas de protección, al no disponerse de los equipos de protección individual necesarios.

En un primer momento, los enfermos con trastornos mentales y COVID positivos ingresaban en camas de MI, siendo atendidos por los profesionales de la Unidad de Interconsulta, que también atendían a los pacientes médico-quirúrgicos habituales. La presencia de pacientes con trastornos mentales graves, que podían acompañarse de alteraciones de conducta disruptivas, generó una sobrecarga añadida para los médicos y enfermeras de las plantas de hospitalización.

Otra consecuencia del estado de alarma ha sido que algunas empresas han realizado un Expediente de Regulación Temporal de Empleo que supone enviar al desempleo a sus trabajadores mientras dure el impacto económico del coronavirus. Por este motivo, un número todavía indeterminado de trabajadores se han visto privados de su medio de vida, lo que a su vez ha redundado en la pérdida de su poder adquisitivo y de su capacidad para hacer frente a sus obligaciones económicas. Los Servicios Sociales y las entidades no gubernamentales han visto cómo la demanda de ayuda, por parte de unos ciudadanos cada vez más empobrecidos, ha aumentado.

La soledad, la inactividad, el acceso limitado a los servicios de salud, la pérdida de ingresos económicos y la restricción de los contactos con familiares y amigos, son algunos de los factores que se relacionan con un incremento en el riesgo de padecer un trastorno mental. Las personas más vulnerables, los ancianos y los niños se han visto especialmente afectados.

II. REPERCUSIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL

La pandemia COVID-19 puede tener consecuencias psicológicas en la población, tanto por vía directa (efecto del virus sobre la función cerebral o efectos de los fármacos) como indirecta (reacción psicológica a la enfermedad, presencia de otros estresores graves, como la pérdida de empleo o dificultades económicas). Según un informe del Ministerio de Sanidad Español, aunque los efectos psicológicos de la pandemia pueden afectar a toda la población, hay algunos grupos especialmente vulnerables desde el punto de vista psicológico, como son los pacientes hospitalizados, las personas con enfermedad mental previa, personas en situaciones difíciles provocadas por el aislamiento y la crisis económica y los trabajadores sanitarios (Ministerio de Sanidad, 2020).

Todavía es pronto para conocer la repercusión real en la salud mental de la población, aunque ya se han publicado datos en este sentido, tanto en población general como en personal sanitario y en personas enfermas por COVID-19.

En los estudios realizados en población general, se ha visto que la incidencia y la prevalencia de trastornos de ansiedad, depresivos y del sueño ha aumentado en respuesta a estresores psicosociales como la interrupción de la vida cotidiana, el miedo a la enfermedad o a las consecuencias económicas. Los resultados de estas encuestas son heterogéneos, probablemente debido a diferencias en los métodos utilizados, la población del estudio y el momento de la pandemia. Huang y Zhao (2020), en China, encontraron que la prevalencia general de síntomas de ansiedad generalizada fue del 35,1%, de síntomas depresivos del 20,1% y de problemas del sueño fue del 18,2%. En este mismo país, Wang et al. (2020) refieren que el 53,8% de los encuestados presentaba síntomas psicológicos, de los que el 16,5% refirieron síntomas depresivos moderados-graves, el 28,8% síntomas de ansiedad moderados-severos y el 8,1% in-

formaron de síntomas de estrés moderados severos. Gao et al. (2020) también refieren incremento en el número de personas con ansiedad o ansiedad y depresión combinadas. Además, se ha observado un incremento de los comportamientos de riesgo, como el juego *on line* (Brooks y King, 2020), en el consumo y venta de alcohol (Clay et al., 2020) y en incidentes de violencia doméstica (Usher et al., 2020).

En población española, González-Sanguino et al. (2020) encuentran que un 18,7% refieren síntomas depresivos, un 21,6% de ansiedad y un 15,8% de trastorno por estrés postraumático (TEPT). Las variables menos asociadas a la psicopatología son: las personas de mayor edad, tener estabilidad económica y contar con información adecuada con la pandemia. Sin embargo, se asocian con mayor sintomatología: el sexo femenino, los trastornos mentales o neurológicos previos, los síntomas del virus o tener un familiar infectado. El mayor factor de protección es el bienestar espiritual, siendo la soledad el predictor asociado a la depresión, la ansiedad y el TEPT.

La pandemia también ha podido exacerbar trastornos mentales preexistentes y ha limitado el acceso a los servicios de Salud Mental.

En las epidemias ha sido una constante la mayor afectación entre los médicos, debido a su proximidad y al cuidado de los enfermos. Esta experiencia se repite en la actualidad, habiéndose informado de un mayor número de contagios entre el personal sanitario. Los investigadores también han estudiado la repercusión que la pandemia está teniendo en estos profesionales. Un estudio realizado en Wuhan, entre médicos y personal de enfermería, revela que el 34,4% de los profesionales tenía trastornos de salud mental leves, el 22,4% trastornos moderados y el 6,2% trastornos graves inmediatamente después de la epidemia viral. La población más afectada entre los profesionales fueron las mujeres jóvenes (Kang et al., 2020).

Así mismo, Pappa et al. (2020) analizaron el impacto psicológico de la pandemia en los profesionales sanitarios, encontrando una prevalencia de cuadros de ansiedad del 23,2%, de cuadros depresivos 22,8% y de insomnio del 34,32%. También encontraron mayor prevalencia de problemas psicológicos en mujeres y enfermeras, en comparación con personal masculino y médicos.

Con respecto a los pacientes que han sido afectados por el virus de la COVID-19, múltiples factores han podido favorecer la aparición de trastornos mentales, entre ellos el efecto directo de la infección viral sobre el cerebro, el grado de hipoxia, la respuesta inmunológica, los tratamientos médicos, el aislamiento social, el impacto psicológico de una nueva enfermedad grave, la preocupación por infectar a otros y el estigma (Rogers et al., 2020). Las personas que han tenido COVID-19 pueden experimentar el síndrome de cuidados postintensivos, que comprende aspectos cognitivos, síntomas psicológicos y neurológicos (Rawald et al., 2017).

Uno de los pocos estudios que ofrece datos sobre el impacto psicológico de la enfermedad COVID-19 revela que el 43,9% de 41 pacientes presentaba problemas de salud mental general, el 12,2% tenía síntomas de TEPT, el 26,8% tenían síntomas de ansiedad y/o depresión, y el 53,6% tenía fatiga (Qi et al., 2020).

Los datos publicados son congruentes, en general, con los que estamos observando en nuestro entorno. El Hospital 12 de Octubre es un hospital terciario, situado en la zona sur de la Comunidad de Madrid, con una población de referencia de aproximadamente 500.000 habitantes. Ha sido uno de los hospitales que ha atendido a un mayor número de pacientes infectados. Durante estos últimos meses, las solicitudes de interconsulta para pacientes hospitalizados aumentaron y también los pacientes en seguimiento debido al alargamiento de la estancia en el hospital. Nos hemos encontrado con un dato, en principio sorprendente, que ha sido que se ha duplicado el número de personas ingresadas por tentativas de suicidio. Entre el 25 de marzo y el 10 de mayo, hemos atendido a 17 personas ingresadas por este motivo, mientras que en el mismo periodo el año anterior fueron 8. En la mitad de los casos, el método utilizado ha sido la precipitación y en un cuarto, heridas de gravedad por arma blanca. Por tanto, no sólo se ha doblado en número, sino que los intentos han sido más letales y con escasa o nula posibilidad de rescate. Solo una persona refería una relación entre su miedo a haber enfermado por COVID y la tentativa de suicidio; sin embargo, el resto de los pacientes relacionaba la tentativa con sentimientos de soledad y con el aislamiento familiar y social. Obviamente estos son impresiones preliminares que tendrán que ser confirmadas o descartadas en estudios posteriores.

Otro dato que ha llamado la atención, ha sido que los pacientes han presentado episodios confusionales agudos atípicos, con delirios estructurados y evolución tórpida, cuya etiología todavía es difícil de precisar, ya que podrían estar implicados diversos mecanismos: afectación directa del sistema nervioso central (SNC) por el virus; afectación indirecta debida a la reacción inflamatoria excesiva (tormenta de citoquinas) y a los trastornos metabólicos y la hipoxia; efecto adverso de los tratamientos farmacológicos utilizados contra el virus (hidroxicloroquina, azitromicina, antirretrovirales, corticoides) o una mezcla de varios de estos mecanismos.

En cuanto a los profesionales sanitarios, progresivamente han ido incrementando la solicitud de atención por patología psíquica. Entre los meses de marzo y junio se contabilizaron 79 peticiones, la mayor parte mujeres (n = 68) entre 45-55 años, enfermeras o técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería con trastornos adaptativos, crisis de angustia o reactivación de patología previa. El miedo a enfermarse por COVID o a contagiar a sus familiares, concretamente a los padres mayores, ha sido una constante en todos ellos, al igual que los trastornos del sueño. El número de pacientes con trastornos por estrés postraumático ha sido muy inferior a los que se describen en estudios realizados en los sanitarios en China e Italia (en nuestro caso, solamente se ha realizado este diagnóstico en 4 profesionales). No obstante, todavía es pronto para extraer conclusiones al respecto.

También hemos observado que aquellos profesionales que se vieron obligados a modificar de manera radical su entorno laboral habitual (cambio de unidades, funciones y compañeros) han mostrado más psicopatología que los que los que pudieron conservar estable algún elemento de este entorno (por ejemplo, servicios que

se trasladaron todos juntos a los hoteles medicalizados y no han precisado atención psicológica).

Los profesionales del Servicio de Psiquiatría también se han visto afectados por la COVID, confirmándose el contagio en aproximadamente el 10% de la plantilla, con sólo dos personas con necesidad de ingreso hospitalario, mientras que el resto tuvo una afectación leve o moderada que permitió su recuperación en su domicilio. Afortunadamente, no hemos sufrido ningún fallecimiento.

III. ALGUNAS REFLEXIONES ÉTICAS SOBRE LA PANDEMIA

La pandemia actual, por sus características, es una auténtica catástrofe, ya que es una situación de urgencia en la que las necesidades de atención inmediata son superiores a los recursos disponibles (Burstein y Hogan, 2007). La falta de tiempo, que es habitual en estas situaciones, obliga a simplificar los procesos de toma de decisiones y, cosas que en situaciones normales no pueden ni deben considerarse correctas, en los casos de urgencia resultan preceptivas (Gracia, 2016).

Las diferentes medidas adoptadas por el Gobierno y las autoridades sanitarias han estado encaminadas a reducir el impacto de la pandemia y evitar los contagios entre las personas. Ha sido necesario realizar un balance entre los riesgos y beneficios que produciría su aplicación, incluidas las consecuencias potenciales de la decisión de no actuar. Dicho de otra manera, ha sido necesario aplicar el principio de precaución¹, que establece que «cuando una actividad representa una amenaza o un daño para la salud humana o el medio ambiente, hay que tomar medidas de precaución incluso cuando la relación causa-efecto no haya podido demostrarse científicamente de forma concluyente» (Hans Jonas, 1995).

En la aplicación de este principio, hay que considerar que es tan importante tomar decisiones correctas como hacerlo en el momento correcto. Si ponemos en marcha medidas preventivas de forma precoz es muy probable que lo hagamos con un coste menor y con unas consecuencias menos desfavorables que si lo hacemos tardíamente.

La sociedad acepta muchas situaciones que suponen, a la vez, riesgos y beneficios siempre y cuando el balance entre unos y otros sea socialmente aceptable. El proceso de gestión del riesgo se basa en los 5 principios siguientes (Sánchez, 2002): proporcionalidad, no discriminación, consistencia, estudio de los beneficios y los costes de las acciones y de la falta de acción y revisión de los avances científicos.

Las decisiones basadas en el principio de precaución no se deben tomar de manera arbitraria o discriminatoria y su aplicación exige de las personas que toman las

¹ Se sitúa la primera aproximación al principio de precaución en el año 1854, con el médico inglés John Snow, en su lucha contra el cólera, siendo considerado el padre de la epidemiología moderna (Jáuregui, 2013).

decisiones un ejercicio de prudencia, que es la virtud que más perfecciona nuestro carácter moral, el *ethos*. Como nos enseña Aristóteles (384-322 a.C.), la prudencia (*phrónesis*) es la virtud dianoética que se ocupa de todo lo relacionado con la vida humana, es un saber que consiste en discurrir sobre la buena dirección de la vida del hombre, algo que no es matemático ni científico, sino que puede ser de diversas maneras: «El rasgo distintivo del hombre prudente es al parecer el ser capaz de deliberar y de juzgar de una manera conveniente sobre las cosas que pueden ser buenas y útiles para él, no bajo conceptos particulares, como la salud y el vigor del cuerpo, sino las que deben contribuir en general a su virtud y a su felicidad (...) es esta cualidad que, guiada por la verdad y por la razón, determina nuestra conducta con respecto a las cosas que pueden ser buenas para el hombre»².

Para que la población respete las restricciones impuestas por la aplicación del principio de precaución, se exige a las autoridades un ejercicio de transparencia que genere confianza (Foster et al., 2000) y que no se incida exclusivamente en los riesgos, para no instalar en la opinión pública un miedo generalizado con resultados contraproducentes (Rodríguez, 2013).

El fin del confinamiento se ha producido en tres fases de apertura sucesiva, en las que las limitaciones impuestas se han levantado a medida que la situación sanitaria lo permitía. El confinamiento tan estricto soportado por la población española es posible que tenga relación con la reacción de algunas personas que, tras él, se han lanzado a realizar todo tipo de actividades sociales, sin mantener las mínimas medidas de protección. Asistimos a un incremento de nuevos brotes y contagios en el contexto de actividades grupales (fiestas, cumpleaños, «botellones», etc.). Otro factor para tener en cuenta es que algunas personas, al no haberse contagiado en los momentos más críticos de la pandemia, pueden desarrollar un sentimiento de omnipotencia que les haga creerse invulnerables al virus. Por el contrario, otras personas pueden adoptar actitudes derrotistas que les hagan creer que el riesgo de contagio es tan elevado y la mortalidad tan alta que nadie se va a salvar y, en una típica negación megalomaniaca, optar por abolir las inhibiciones y vivir como si no hubiera un mañana (desenfreno orgiástico).

Tras el tiempo transcurrido y con datos de 135 países, tres economistas (Askitas, Tatsiramos y Verheyden, 2020) han realizado una investigación para estudiar el efecto de las políticas de bloqueo sobre la incidencia de nuevas infecciones. Sus hallazgos establecen que la cancelación de eventos públicos y la limitación del aforo tienen el mayor efecto en frenar la pandemia en términos de significación estadística y niveles de efecto. Les siguen los cierres de lugares de trabajo y escuelas, así como los requisitos de quedarse en casa. En cambio, las restricciones al movimiento interno, los cierres de transporte público y los controles de viajes internacionales no conducen a una reducción significativa de nuevas infecciones. Si se confirman estos datos, habrá

² Aristóteles. *Ética nicomáquea* (349 a.C.), Libro VI, capítulo IV.

que revisar medidas como el confinamiento estricto que ha soportado la población española.

III.A. Consecuencias favorables del confinamiento

Durante el estado de alarma, la sociedad española ha realizado un ejercicio de solidaridad, responsabilidad, cooperación y generosidad encomiables. Sin su colaboración y corresponsabilidad no hubiera sido posible mantener las medidas de prevención del contagio. Las excepciones también han existido, pero puede afirmarse que han sido casos aislados en el conjunto de la sociedad. Nunca podremos disuadir completamente a las personas que quieren infringir las normas, ni evitar los comportamientos incívicos, pero nuestra responsabilidad como ciudadanos es hacer todo lo que esté a nuestro alcance para que nuestras decisiones y nuestros actos redunden en beneficio de toda la comunidad.

Es necesario encontrar una razón para respetar el aislamiento social, entender que es una manera de proteger la salud de uno mismo, la de los seres queridos y la del resto de personas del entorno; es un ejercicio de responsabilidad individual pero también social. Saber que con la actitud y el comportamiento individual se influye en la resolución de la crisis, ayudará a albergar un sentimiento de eficacia y utilidad y a no ser meros seguidores de consignas, sino parte activa de la solución, lo que hará más soportables las molestias e inconvenientes.

Aunque la soledad ha sido un sentimiento que han experimentado las personas confinadas, lo cierto es que no ha sido algo generalizado. El mantenimiento de rutinas, de la comunicación con los familiares y amigos, el encontrar nuevas formas de ocio y el dar un sentido positivo a la experiencia vivida, sintiéndose útiles y cooperadores necesarios para frenar una grave crisis sanitaria y social han ayudado a sobrellevar mejor esta situación excepcional. Sin olvidar, la influencia de las condiciones de ese confinamiento (no es lo mismo hacerlo en un piso amplio, con acceso a un jardín, con la nevera llena y acceso a internet, que tener que convivir hacinados en un espacio reducido, sin apenas comodidades, ni luz natural, por poner un ejemplo).

Durante estos últimos meses, los delitos menores han experimentado un descenso y el acceso a tóxicos, salvo el alcohol y el tabaco, también ha disminuido. La educación sanitaria de la población también se ha enriquecido durante esta experiencia, redescubriendo la importancia de la higiene, por ejemplo, en la prevención y el contagio de las infecciones. Los niños han tenido la oportunidad de observar a sus progenitores y aprender de ellos a adoptar hábitos saludables.

Inesperadamente, se ha visto cómo las condiciones medioambientales mejoraban, los índices de contaminación se reducían y las enfermedades asociadas también han descendido. Se abre un horizonte de esperanza en la recuperación de nuestro planeta y en la adopción de formas de vida más sostenibles. Esta mejora en las condiciones

ambientales, unida a otros factores como el menor estrés laboral y social y la disminución de las interacciones sociales, pueden estar detrás del descenso de las muertes esperables por patologías cardiovasculares, por accidentes o por infecciones no-COVID (Jinlei Qi et al., 2020). Esta ha sido una inesperada consecuencia positiva y no buscada para la salud pública.

III.B. Consecuencias desfavorables del confinamiento

El confinamiento y el cese de la actividad laboral no han afectado por igual a todos los ciudadanos, perjudicando a los más vulnerables, lo que ha contribuido a aumentar las desigualdades sociales y a un reparto no equitativo de la riqueza.

Las epidemias que se han padecido a lo largo de la historia de la humanidad han estado vinculadas a la manipulación de la naturaleza por el hombre. En este sentido, debemos recordar el imperativo propuesto por Jonas (2004): «actúa de tal modo que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de una vida humana auténtica», o expresándolo de modo negativo: «No pongas en peligro la continuidad indefinida de la humanidad en la Tierra». La responsabilidad del ser humano consigo mismo es indisoluble de la que debe tenerse en relación con todos los demás (Siqueira, 2001).

Las personas mayores, al ser consideradas como un grupo de riesgo, especialmente vulnerable, han soportado un confinamiento más estricto, se ha limitado su acceso a los servicios sanitarios públicos, sobre todo a las urgencias y hospitales, y han sido considerados como no aptos para el ingreso en UCI y recibir medidas de soporte vital avanzado. La edad de acceso ha sido inversamente proporcional a la disponibilidad de recursos en cada hospital, de forma que un mismo paciente, en un hospital era considerado candidato a UCI y, unos kilómetros más allá, en otro hospital del mismo municipio, no.

Estas restricciones en el acceso a los servicios sanitarios no han sido las mismas para las personas mayores que disponían de un aseguramiento privado, por lo que nos encontramos que el poder adquisitivo de estas personas es el que ha sido el determinante de dicho acceso. La equidad y la justicia distributiva se han visto gravemente lesionadas durante la pandemia. No se han tomado medidas para «tratar de limitar los efectos del azar en la vida social, es decir, la mala suerte de estar entre los desfavorecidos» (Rawls, 1978).

Nadie ha preguntado a nuestros mayores cuáles eran sus deseos ni sus preferencias. Se ha priorizado su seguridad con un gran coste emocional: el miedo, la soledad y la angustia han sido compañeros de muchos de ellos no solo durante el confinamiento, sino también en el momento de la muerte, tanto la propia como la de sus seres queridos. El aislamiento social y la soledad se consideran factores de riesgo de morbilidad en personas mayores, asociándose a un mayor deterioro cognitivo,

a peor funcionamiento del sistema inmune y a la aparición de trastornos mentales (Cacioppo 2003; Salvador-Carulla, 2003; Arthur 2006; Paul, 2006; Arranz, 2009). El sistema nervioso está íntimamente relacionado con el sistema neuroendocrino. La mortalidad en este grupo etario no puede descartarse que se haya visto incrementada por el aislamiento impuesto por el estado de alarma y las restricciones en el acceso al sistema sanitario público.

En el caso de los menores, el cese de las actividades educativas presenciales parece haberse decidido con la premisa de que todos ellos disponían de un ordenador personal y acceso a internet, lo que lamentablemente no es real. El acceso a la educación *on line* ha sido desigual y ha contribuido a aumentar las desigualdades sociales.

El cumplimiento de un confinamiento como el previsto en el decreto de alarma no sabemos cómo repercutirá en el desarrollo emocional y en la aparición de trastornos mentales en algunos niños.

Las situaciones de crisis suelen asociarse con un incremento en el consumo de tóxicos por parte de la población. En los medios de comunicación hemos podido leer cómo la venta de bebidas alcohólicas, sobre todo cerveza y vino, ha aumentado de manera considerable³. También ha aumentado el consumo de medicamentos ansiolíticos, mientras que el acceso a otros tóxicos se ha visto dificultado, por lo que algunos drogodependientes los han sustituido por alcohol.⁴

Otra consecuencia negativa del confinamiento que no se ha valorado lo suficiente ha sido que las personas que eran víctimas de malos tratos en el ámbito familiar han debido permanecer en el domicilio con su agresor y, por tanto, han estado más expuestas a la violencia. El incremento en las horas de convivencia forzada aumentó las situaciones de conflicto. Aunque la adopción de medidas urgentes y los plazos procesales relacionados con la violencia doméstica no se han interrumpido durante el estado de alarma, sí ha existido una dificultad mayor para que las víctimas pudieran denunciar (García, 2020). Este es un tema cuya importancia lo hace merecedor de un análisis más amplio que, por limitaciones de espacio, no es posible realizar.

IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS SOBRE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Durante la pandemia, la suspensión de las consultas presenciales en los servicios de Salud Mental, salvo situaciones de urgencia, ha tenido una consecuencia inesperada, que ha sido la irrupción de modalidades de atención que previamente se podían considerar anecdóticas. La atención telefónica, las consultas entre profesionales *on line* (las llamadas e-consultas) y las actividades por videoconferencia se han incor-

³ Ricou (2020, de 27 de abril). *La cuarentena dispara los hábitos más tóxicos. Lo que no hay que hacer en casa, según los enfermeros*. La Vanguardia.

⁴ Dirección General de Salud Pública (2020, de 12 de junio). *Encuesta sobre impacto del COVID-19 en las pautas de consumo de drogas, los daños y los servicios de drogas*.

porado al repertorio de herramientas utilizadas en el tratamiento de las personas con trastornos mentales. Sin embargo, a la llamada telemedicina, no se ha llegado por convención sino por obligación, lo que significa que se ha adoptado sin la planificación y reflexión previas que hubieran sido necesarias. Son modalidades de asistencia en las que la privacidad, la seguridad y el acceso pueden verse comprometidos. Al no estar protocolizadas y, debido a la presión generada por la pandemia, los profesionales han actuado con una alta dosis de voluntarismo, utilizando incluso sus propios recursos (teléfonos móviles, ordenadores, tablets), sin las garantías que en cualquier otra situación se hubieran exigido. Tras la crisis sanitaria que sufrió nuestro país en los meses de marzo y abril, hemos de ser capaces de encontrar espacios de reflexión y protocolizar todas estas actividades con las máximas garantías para todos los implicados. La telemedicina se ha demostrado como una herramienta útil, pero no es válida para todas las personas ni en todas las situaciones y su empleo debe hacerse con prudencia.

En esta misma línea, se debe tener en cuenta que a muchos pacientes que estaban pendientes de ser valorados se les canceló la cita que tenían, sin que, inicialmente, se pudiera dar otra. Los servicios de Salud Mental, que partían de una sobrecarga previa importante, se han reincorporado progresivamente a la actividad asistencial presencial y para que todas estas personas con trastornos mentales puedan recibir la asistencia que precisan van a necesitar un refuerzo de sus equipos, sobre todo si tenemos en cuenta que muchas personas con patologías previas han visto como estas empeoraban como consecuencia del aislamiento social y familiar y que estamos asistiendo al inicio de una crisis económica cuya magnitud desconocemos.

La hospitalización de personas con trastornos mentales, en los primeros meses, no pudo ser realizada en las UHB de todos los hospitales, ya que algunas se transformaron en unidades de MI - COVID. Como ya se ha comentado anteriormente, esto ha supuesto que estas personas hayan tenido que ser ingresadas fuera de sus hospitales de referencia o en camas de Medicina Interna y durante periodos de tiempo más limitados de lo habitual, obviamente con el objetivo de reducir su exposición al virus. Al mismo tiempo, el miedo al contagio ha producido que se dejase de acudir a los servicios de urgencias. Todavía es pronto para valorar las repercusiones de todo esto.

V. CONCLUSIONES

Nuestro Sistema Sanitario ha mostrado sus fortalezas, pero también sus debilidades durante esta crisis. Las situaciones de crisis y de cambio nos ofrecen la posibilidad de enfrentarlas como una amenaza o como una oportunidad de crecimiento y mejora. La pandemia por la COVID-19, por su magnitud y consecuencias en vidas humanas y pérdidas económicas, se ha experimentado hasta el momento más como amenaza que como oportunidad. Superadas las fases más críticas, es el momento de reflexionar sobre lo que hemos vivido, lo que hemos hecho y lo podíamos haber hecho mejor.

Debemos aprender de esta experiencia y preparar nuestro Sistema Sanitario para que, en el futuro, no se vea desbordado, como ha sucedido al principio. Nos centraremos en aquellos aspectos relacionados con nuestro ámbito de actividad: la salud mental.

Partiendo del nivel macro, señalaremos que se ha carecido de una dirección que haya señalado cuál era el camino a seguir y cómo debía recorrerse. Cada hospital enfrentó el problema de forma individual, en un proceso de acción-reacción que no permitía la reflexión. Al no existir unas directrices comunes, los profesionales, en un típico proceso de abajo-arriba, improvisaron y fueron ensayando respuestas, diseñando protocolos y proporcionándose, incluso, sus propias medidas de protección ante la falta de material. Las autoridades sanitarias no han ejercido el liderazgo que hubiese permitido dar una respuesta más homogénea y justa.

Las escasas directrices emitidas han sido las mismas con independencia del área de actividad asistencial. El cierre de las consultas ambulatorias de todas las especialidades es muy probable que se relacione con el incremento de la mortalidad general, descartados los casos COVID, observado en este periodo.

En todos los ámbitos, los profesionales se han ofrecido para la atención de pacientes COVID, la generosidad y solidaridad han sido valores en alza y, probablemente, han posibilitado que la situación no haya sido tan catastrófica como podía haberlo sido. Sin embargo, el voluntariado debe ser organizado y orientado para que pueda dar todos sus frutos. El deseo de colaborar con los pacientes con COVID-19 ha podido hacernos relegar el cuidado de las personas que ya estaban en tratamiento en nuestros servicios.

Las autoridades regionales optaron por el cierre de algunas UHB en los hospitales generales y en las camas disponibles solo admitían pacientes COVID negativos, relegando a las personas con trastornos mentales COVID positivos a las unidades de MI. En su atención, la labor de las Unidades de Interconsulta y Enlace ha sido insustituible. El refuerzo de la UICE con psiquiatras de otros dispositivos ha permitido que esta tarea pudiese ser realizada. Potenciar estas unidades es, probablemente, otra asignatura pendiente.

Otro hecho que consideramos que ha sido un acierto es la comunicación permanente entre los responsables de los distintos dispositivos y unidades del Servicio de Psiquiatría, lo que ha facilitado el trasvase de recursos, según las necesidades.

A nivel individual, aquellos que trabajan en contextos de alto estrés deben tener la oportunidad de aprender sobre el autocuidado como una habilidad; una habilidad que debe desarrollarse, practicarse y fomentarse dentro de nuestras organizaciones. Al mismo tiempo, será necesario tomar la distancia temporal y emocional precisas que nos permitan analizar lo sucedido durante esta pandemia, qué respuesta hemos dado y como podemos hacerlo mejor en las crisis futuras.

BIBLIOGRAFÍA

- ARRANZ, L., GIMÉNEZ-LLORT, L., DE CASTRO, N.M., BAEZA, I., DE LA FUENTE, M. El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44(3): 137-42.
- ARISTÓTELES. *Ética a Nicómaco* (Libro VI, capítulo 5), traducción de J. Pallí Bonet. Madrid: Gredos, 1995.
- ARTHUR, H.M. Depression, isolation, social support, and cardiovascular disease in older adults. *J Cardiovasc Nurs.* 2006; 21: 2-7.
- ASKITAS, N., TATSIRAMOS, K., VERHEYDEN, B. *Lockdown Strategies, Mobility Patterns and COVID-19.* IZA Institute of Labor Economics, No. 13293 Discussion Paper, 2020. Recuperado de: <https://ssrn.com/abstract=3614241>
- CACIOPPO, J.T., HAWKLEY, L.C. Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspect Biol Med.* 2003; 46: 39-52.
- CENTRO DE COORDINACIÓN DE ALERTAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS. Secretaría General Sanitaria. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Informe número 128, 2020, de 6 de junio. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_128_COVID-19.pdf
- CLAY, J.M., PARKER, M.O. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *Lancet Public Health* 2020; 5: e259.
- CORTINA, A. «Si no aprendemos algo es que no tenemos arreglo». La Sexta, 2020, de 7 de abril. Recuperado de: https://www.lasexta.com/programas/el-intermedio/mejores-momentos/adela-cortina-sobre-la-crisis-del-coronavirus-si-no-aprendemos-algo-es-que-no-tenemos-arreglo_202004075e8cf59f3f79f300017382ce.html
- GAO, J., ZHENG, P., JIA, Y., CHEN, H., MAO, Y., CHEN, S., WANG, Y., FU, H., DAI, J. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One* 2020; 15: e0231924.
- GARCÍA A.J. *La violencia doméstica durante el estado de alarma. Cuestiones prácticas.* 2020, de 4 de junio. Recuperado de: <http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/15247-la-violencia-domestica-durante-el-estado-de-alarma-cuestiones-practicas/>
- GRACIA, D. La ética en las situaciones trágicas. *EIDON* 2016; 46: 70-82.
- GRACIA, D. LÁZARO, J. Las grandes epidemias históricas: peste, ergotismo, viruela, fiebre amarilla, cólera y sida (capítulo 6). En: *Introducción a la Medicina. Historia y teoría.* Madrid: Ed. Hariadna, 2008, pp. 79-107.
- JÁUREGUI, J. La construcción histórica del principio de precaución como respuesta al desarrollo científico y tecnológico. *Dilemata* 2013; 5(11): 1-19.
- JONAS, H. El principio de responsabilidad: Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. *Herder* 2004, 161-76.

- KING, D.L., DELFABBRO, P.H., BILLIEUX, J., POTENZA, M.N. Problematic online gaming and the COVID-19 pandemic. *J Behav Addict.* 2020; published online May 1. <https://doi.org.10.1556/2006.2020.00016>
- LEI, L., HUANG, X., ZHANG, S., YANG, J., YANG, L., XU, M. Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in Southwestern China. *Med Sci Monit.* 2020; 26: e924609.
- MORENO, C., WYKES, T., GALDERISI, S., NORDENTOFT, M., CROSSLEY, N., JONES, N., CANNON, M., CORRELL, C.U., BYRNE, L., CARR, S., CHEN, E., GORWOOD P., JOHNSON S., KÄRKKÄINEN, H., KRYSTAL, J.H., LEE, J., LIEBERMAN, J., LÓPEZ-JARAMILLO, C., MÄNNIKKÖ, M., PHILLIPS, M.R., UCHIDA, H., VIETA, E., VITA, A., ARANGO, C. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(9): 813-24.
- PAÍS, R. *La represión de la libertad de circulación en los tiempos del covid-19.* 2020, 8 de mayo. Recuperado de <https://hayderecho.expansion.com/2020/05/08/la-represion-de-la-libertad-de-circulacion-en-los-tiempos-del-covid-19/>
- PAUL, C., AYIS, S., EBRAHIM, S. Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychol Health Med.* 2006; 11: 221–32.
- PUYOL, A. Ética y salud pública. *Dilemata* 2014; 6: 15-22.
- QI, J., ZHANG, D., ZHANG, X., YIN, P., LIU, J., PAN, Y., TAKANA, T., XIE, P., WANG, Z., LIU, S., FU GAO, G., HE, G., GUOJUN, H., ZHOU M. Do Lockdowns Bring about Additional Mortality Benefit sor Cost? Evidence base don Death Records from 300 Million Chinese People. *MedRxiv* 2020: 20183699; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.08.28.20183699>.
- RODRÍGUEZ, B. ¿Cuánta ignorancia? El principio de precaución y la falta de certeza absoluta. *Azafea Rev Filos.* 2013; 15: 221-39.
- RAWLS, J. *A Theory of Justice.* Cambridge: Harvard University Press, 1971 [traducido al español en Rawls, J. *Teoría de la justicia.* México: Fondo de Cultura Económica, 1978].
- RAWAL, G., YADAV, S., KUMAR, R. Post-intensive care syndrome: an overview. *J Transl Int Med.* 2017; 5: 90–92.
- SALVADOR-CARULLA, L., GARCÍA, J.C., AYUSO, J.L. Enfermedad mental y longevidad. En: Salvador-Carulla, L., Cano, A., Cabo-Soler, J.R., editores. *Tratado de longevidad.* Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2003, pp. 380–9.
- SÁNCHEZ, E. El principio de precaución. Implicaciones para la salud pública. *Cac Sanit.* 2002; 16(5): 371-3.
- SARNER, M. Maintaining mental health in the time of coronavirus. *New Scientist* 2020; 3279: 40-46.
- SIQUEIRA, J.E. El principio de responsabilidad de Hans Jonas. *Acta Bioethica* 2001; 2: 277-85.

SOLOMON, A. When the Pandemic Leaves Us Alone, Anxious and Depressed.

The New York Times, 2020, 9 de abril. Recuperado de: <https://www.nytimes.com/2020/04/09/opinion/sunday/coronavirus-depression-anxiety.html>

USHER, K., BHULLAR, N., DURKIN, J., GYAMFI, N., JACKSON, D. Family violence and COVID-19: increased vulnerability and reduced options for support. *Int J Ment Health Nurs*. 2020; published online April 22. <https://doi.org.10.1111/inm.12735>.