



## **LA CRISIS COVID-19 COMO OPORTUNIDAD PARA REDUCIR ESTIGMA, RENOVAR LA ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL Y LA ADHERENCIA**

**Isabel Aguilar.** Licenciada en Derecho y Grado en Criminología. Máster en Gestión y Derecho Sanitario. Presidenta de La Fundación Juana Reyes. [isabel@juanareyes.org](mailto:isabel@juanareyes.org)

**Rafael Bengoa.** Ex Consejero Sanidad del Gobierno Vasco. Ex Director Sistemas de Salud OMS. [rafa.bengoa@sihealth.es](mailto:rafa.bengoa@sihealth.es)

### **Introducción:**

Uno de los principales problemas con los que han convivido los desórdenes mentales, a diferencia de otras disciplinas médicas en la historia, ha sido con el estigma, que llega hoy a nuestros días. No olvidemos que en épocas pretéritas fueron denominados poseídos o embrujados. Este hecho no termina hoy en nuestros días, ya que diferentes factores sociales y culturales han venido a alimentar una información inexacta que poco favorece que el enfermo mental ostente todavía una etiqueta dañina que ralentice su recuperación. Esta situación se hace aún más preocupante cuando según la Organización Mundial de La Salud (en adelante OMS), en 2016 pronosticaba que 1 de cada 4 personas sufriría en su vida alguna situación de Salud Mental. El enfermo mental se observa en un espiral de recuperar su salud y su situación de exclusión social. Este espiral ha traído consecuencias en la falta de adherencia en la medicación, lo cual viene a agravar más su situación.

La situación originada por la pandemia de la COVID-19, ha visibilizado más aún esta problemática. Así, sería por tanto una buena oportunidad para plantear una propuesta de solución. El presente trabajo viene proponer cómo desde la formación de equipos multidisciplinares pudieran trabajar con el paciente en el automanejo de su propio tratamiento, teniendo como objetivos hacerle co-productivo sin titubeos desde la información y dándole herramientas que le afiancen en seguridad. El uso de la digitalización y la telesalud serán claves y rentables para esta alternativa.

## **Problema:**

Uno de los problemas que subyacen en la actualidad en Salud Mental es la falta de adherencia al tratamiento. **La adherencia según la OMS es “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.**

Uno de sus factores de origen podría estar en la estigmatización de la enfermedad. El estigma vincula a quien tuviera un padecimiento de Salud Mental a un sentimiento de rechazo social, lo cual le lleva a silenciar su situación y a sentirse avergonzado de tomar medicación.

Por tanto, el paciente de Salud Mental se ve inmerso en un escenario de doble conflicto para su recuperación: su propia enfermedad y la etiqueta dañina.

Es necesario además añadir otro que tiene que ver con el modelo asistencial que prestamos, ya que ese factor estigma tiene un impacto en el modelo asistencial para la salud mental en España. Es aún un modelo que no permite una atención óptima a estas personas. Concretamente sigue siendo un modelo que separa la atención mental de la atención física. Esa separación es negativa para los pacientes. Muchos de estas personas deben usar varios medicamentos, algunos de los cuales tienen un impacto en su salud física. Es necesaria una prestación asistencial holística y no una que separa lo físico y lo mental.

El presente trabajo ha reflexionado sobre estudios realizados en España como fuera de nuestro Sistema Sanitario en pacientes con trastornos mentales graves. Ha llamado la atención un estudio en España que advierte que la falta de adherencia en enfermos ingresados que han sido diagnosticados con esquizofrenia u otras psicosis, con antipsicóticos es elevada. Concluyen en la necesidad de seguir con investigaciones a fin de visibilizar al paciente no adherente de una forma sencilla o bien dar solución a esta problemática desde la prevención.

Los estudios analizados en su mayoría concluyen que se ha de buscar justificación al rechazo a la medicación, se ha de continuar evaluando planes de implementación y nuevas estrategias de intervención.

Además, existen trabajos en nuestro país acerca del impacto de la pandemia, en la situación psicológica de la población trabajadora. De esta manera, no controlar situaciones de angustia y ansiedad a tiempo podrían generar una situación nada deseable en salud y a una evaluación más profunda. Eso unido a que nuestro país la ratio de profesionales en sanidad pública es tres veces inferior a la europea, hacen sopesar que el camino debe ir hacia una atención holística y a planes que contemplen la promoción de la Salud Mental.

## **Factores de riesgo:**

Pese a algún logro en la toma de conciencia por parte de la sociedad a iniciativa de sociedades científicas o entidades sin ánimo de lucro entre otros; conviene recordar que en la era de la

información, remitida ésta a través de Tv o, desde distintas plataformas de Internet, muchas veces aparece el enfermo mental como protagonista de crímenes horrendos u otras noticias sensacionalistas, se pudiera con ello hacer una labor desinformativa y generar aún más rechazo en el paciente de psiquiatría, que ya la historia le introduce dentro de una categoría social distinta, lo excluye y lo etiqueta.

Esta situación de desinformación vendría a generar una retroalimentación negativa y a añadir otros factores de riesgo. Esto es el impacto que ocasiona en la familia \_además de en el contexto laboral llegando a la desocupación y pérdida de relaciones sociales\_ cuando percibe o confirma de la existencia de alguien en su seno. Este hecho puede ocasionar en muchos casos, el silencio, el rechazo, o bien, la sobreprotección. Estas situaciones crean un conflicto interno en el individuo que se debate entre la búsqueda de ayuda y el control por no dar a conocer temas o situaciones que no serían bien observadas a los ojos de los demás.

Hechos así, como podemos pensar, poco favorecen a la toma de conciencia de una enfermedad y, por descontado, a la adherencia al medicamento.

#### **Consecuencias:**

Con todo ello, el sistema sanitario en la disciplina psiquiátrica, siempre carente de recursos, intenta ofrecer una respuesta, pero con estos factores de riesgos parte desde una posición de bastante debilidad y con escasas esperanzas en el pronóstico de estos pacientes etiquetados.

Cabría entonces señalar que nos encontramos con diferentes escenarios, algunos de ellos podrían ser: El paciente que llega con un trastorno severo al que habrá que atender en urgencias; el paciente que somatiza con efectos orgánicos, pero que va silenciando su cuadro psiquiátrico, produciéndose el infra- diagnóstico; El que intentado una recuperación y siendo víctima del estigma (abordado up supra) no lleve con corrección su tratamiento, produciéndose la no adherencia al mismo y se presenten otras patologías de psiquiatría u orgánicas. Podría darse el caso, de pacientes de patología dual (coexistencia en un mismo sujeto de dos trastornos mentales: una adicción y otro trastorno mental, adicción al alcohol y esquizofrenia). Y, pudieran también darse debido a la no adherencia, los efectos adversos de la medicación.

#### **Debate:**

Podemos así reflexionar el paso del estigma a un diagnóstico inexacto en la enfermedad mental por la falta de adherencia al tratamiento. Este hecho no tiene igual trascendencia en otras disciplinas médicas, puesto que pareciere que la huella de la historia persiguiera a los desórdenes mentales. No podemos olvidar que en el medievo era considerado un embrujado y en el Renacimiento moría prácticamente en el abandono. Habría que llegar a la etapa entre 1950 a 1960, precisamente con la aparición de los psicofármacos, cuando se produciría un cambio más que importante para el pronóstico de la enfermedad mental.

Así, tal y como se ha señalado a lo largo del presente artículo, trabajar en origen la información acerca de concienciar en Salud Mental y, observar de una forma clara la posibilidad de la formación de equipos multidisciplinares que nutran de información precisa al paciente; le formen y le informen en el manejo de su propio tratamiento de manera que no se pierda en ese bucle: estigma y el aislamiento que ya ofrece su propia enfermedad.

Este planteamiento cobra mayor peso cuando se ha visto expuesta esta realidad, pues esos problemas se han visto exacerbados durante esta epidemia del Covid 19.

El Covid-19 ha obligado a retrasar los servicios a numerosas personas con enfermedades crónicas, entre ellas a las personas con enfermedades mentales y generando angustia y nerviosismo debido a la incertidumbre, en uno y otro caso

Ese contexto ha creado una mayor necesidad de dirigir la atención a las limitaciones del modelo asistencial para la salud mental.

La focalización de todo el sistema sanitario en la epidemia ha supuesto un riesgo para los pacientes de salud mental. **En la actual segunda ola de la epidemia** y en futuras crisis de salud pública se deberán poder adoptar sistemas que permitan que esto no vuelva a ocurrir.

#### **Resultado:**

Cabe decir, que de acuerdo con lo hasta ahora expuesto, el resultado que hoy tenemos es un paciente sumergido en una cuádruple espiral, su propia enfermedad, la exclusión social derivada de la etiqueta por el padecimiento de la misma, **una problemática de mala adherencia a la medicación** y un sistema de salud poco proactivo y preventivo. Ese escenario aparentemente negativo se puede corregir ya que varios de esos factores son solucionables y existen iniciativas en nuestro país y en otros que avanzan en la buena dirección.

#### **Posibles soluciones:**

En relación a la adherencia las soluciones podrían venir por la formación de equipos multidisciplinares de profesionales que integran al paciente y a su familia. Su objetivo sería formar e informar, de manera que sea el mismo paciente quien con la exactitud de la información sobre su tratamiento sea capaz de no titubear y llegar a hacerle co partícipe y co responsable del mismo. En definitiva, gestionar su propia medicación.

Este equipo trabajaría con el enfermo en qué es el fármaco, el balance beneficio riesgo y los efectos adversos en los que el medicamento se mueve. Y, por tanto, las consecuencias acerca de su uso, abuso y repetición.

Se le ofrecen así herramientas al afectado y a su entorno para el automanejo de su tratamiento. De esta forma, hablamos de co producción en términos de calidad en gestión (toma de decisiones) y en asistencia (es apoyado por un equipo de diferentes disciplinas sanitarias).

Estamos ante una oportunidad de cambio tras esta epidemia. Es un momento para promover cambios más radicales. Algunos se conocen desde hace años, pero no se daban las circunstancias para implementarlos. Por ejemplo, y aunque no sea lo único que es necesario corregir, es necesario enmarcar las soluciones en el concepto de co-producción. Se trata de cambiar progresivamente la relación entre los profesionales y los pacientes y que los pacientes sean agentes más activos en el control de su enfermedad. (People-Powered Health). La adherencia al tratamiento dependerá en gran medida de usar este enfoque.

Otra solución que se ha acelerado en esta epidemia ha sido la utilización de la monitorización remota y los otros mecanismos de tele-salud. Puede convertirse en un gran aliado para reforzar la adherencia. Se venían explorando en relación con la salud mental, pero parece evidente que pueden complementar la relación entre pacientes y profesionales. Su uso crece exponencialmente en la gestión de otras enfermedades crónicas. Es evidente su potencial como mecanismo para reforzar la adherencia a la medicación, y la continuidad de cuidados.

Cabría además señalar que una de las grandes fortalezas que tiene nuestro sistema asistencial de Salud Mental es el hábito de su personal en el trabajo en equipos desde la multidisciplinariedad. Por tanto, su elaboración sería factible, incluso que uno de ellos fuera farmacéutico.

Más allá de la co-producción y una mayor utilización de salud digital, parte de las soluciones son más del ámbito de la planificación macro. A ese nivel se debe decidir qué cambios de modelo asistencial permitirán ofrecer más continuidad de cuidados a las personas con enfermedades mentales. A menudo también tienen necesidades sociales y de momento el sistema de salud sigue muy desconectado del sistema de servicios sociales. La Covid19 ha confirmado que la salud mental requiere continuidad de cuidados entre ambos sectores.

Parte de la adherencia al tratamiento dependerá de esa continuidad de cuidados y de los sistemas de información entre las diferentes partes del sistema de salud y social estén conectados. El modelo asistencial actual no ofrece continuidad ni entre la salud física y mental ni entre los servicios sociales y la sanidad. Las fronteras entre sectores no pueden seguir siendo barreras. Se entiende que es un esfuerzo estructural y a medio plazo, pero se debe empezar a gestionar en el presente aprovechando el impulso de esta crisis.

De igual manera podría valorarse la necesidad y planteamiento de que también la sociedad en general aprenda y/o esté informada de qué es el fármaco utilizando la creación de estos equipos multidisciplinares. Cabría señalar así, que este mensaje o formación sirva o llegue a la sociedad en general.



### **CONCLUSIONES:**

- 1) La oportunidad de la pandemia sufrida por la COVID-19, que ha visibilizado la gran problemática acusada por las personas con condiciones de Salud Mental, nos da una oportunidad para corregir el infra-diagnóstico sufrido por, entre otros factores, el estigma.
- 2) Eliminando el estigma se rentabiliza el trabajo de los terapeutas y los facultativos. Su prescripción dará los resultados que se hubieran previsto sin estigma.
- 3) Surge la necesidad de informar y formar a la ciudadanía acerca de qué es el medicamento y, una sociedad más informada, es claramente una sociedad más equipada para en este caso, no estigmatizar y ayudar a liberar.
- 4) Las soluciones digitales permitirán una mayor conexión y continuidad entre los actores del sistema de atención en salud mental, lo cual favorecerá la adherencia al tratamiento. Se deben concebir como un complemento y no una sustitución a los encuentros cara a cara entre personas y los profesionales.
- 5) Las personas con problemas de salud mental requieren continuidad de atención entre el sector salud y el social. Las fronteras entre niveles de cuidados ni entre sectores no pueden seguir siendo barreras.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Huertas, R. (2001). Historia de la psiquiatría ¿Por qué?, ¿Para qué? Tradiciones Historiográficas y Nuevas Tendencias. *Tendencias*.1, (1), 1-36.
2. De las Cuevas, C., & Sanz, E. J. (2016). Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7(1), 25-30. <https://doi.org/10.1016/j.rips.2015.10.001>.
3. Fernández, L. (2018). *Adherencia terapéutica en los trastornos psicóticos y factores asociados* (Trabajo fin de Grado). Universidad del País Vasco, Bilbao, España.
4. Velligan, D. I., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P., & Docherty, J. P. (2017). Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient preference and adherence*, 11, 449–468. <https://doi.org/10.2147/PPA.S124658>
5. Affor (3 de julio de 2020). Resultados del estudio <<Impacto del COVID-19 en la salud psicológica de los trabajadores>> realizado en España. *Formación en Seguridad Laboral*. Recuperado de [https://www.seguridad-laboral.es/actualidad/resultados-del-estudio-impacto-del-covid-19-en-la-salud-psicologica-de-los-trabajadores-realizado-en-espana\\_20200703.html](https://www.seguridad-laboral.es/actualidad/resultados-del-estudio-impacto-del-covid-19-en-la-salud-psicologica-de-los-trabajadores-realizado-en-espana_20200703.html)
6. Infocop (22 de septiembre de 2020). La crisis del COVID-19 ha tenido un impacto psicológico en la salud de los trabajadores, según una encuesta. *INFOCOP ONLINE*. Recuperado de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=9911](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=9911)