

**POST COVID-19**

**TRASTORNO MENTAL**

**ESTUDIO DE NECESIDADES  
POST COVID-19 EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL**



Estudio realizado en los servicios y centros de rehabilitación psicosocial de personas con Trastorno Mental Grave (TMG) de Grupo 5. Han participado en el estudio todos los recursos de 4 Comunidades Autónomas: Extremadura, País Vasco, Madrid y Comunidad Valenciana.

El estudio ha sido diseñado y coordinado por el Área Técnica del departamento de Innovación y Relaciones Institucionales de Grupo 5 y han participado en su desarrollo el Área de Operaciones y de Calidad.

Autores del estudio:

**Daniel Navarro Bayón** Responsable del Área Técnica de Grupo 5

**Francisco Ballesteros** Gerencia de centros ambulatorios de salud mental en Madrid

**María Ángeles Romero** Directora de Calidad

Autores del informe:

**Director del Departamento** Miguel Simón Expósito

**Daniel Navarro Bayón** Responsable del Área Técnica de Grupo 5

# 1. JUSTIFICACIÓN

Muchas personas en el mundo están sufriendo la crisis de la Covid-19. La OMS ya ha advertido que las consecuencias en la salud mental están por venir y que habrá un incremento de problemas como el consumo de alcohol, la depresión, la ansiedad, las cargas económicas y la violencia de género, entre otros. En este sentido **empiezan ya a publicarse datos y evidencia de que la Covid-19 está asociado con la aparición o aumento de los problemas de salud mental**, tanto en la población general, en los profesionales como en las personas que ya estaban afectadas anteriormente de un problema de salud mental.

En un **estudio realizado por la cátedra Universidad Complutense de Madrid - Grupo 5 Contra el Estigma** (Ausín et al., 2020) **se estudió el impacto psicológico de la Covid-19** en una muestra de 3.473 personas de la población general española. El 30% manifestó haber tenido ataques de pánico, el 25% se ha sentido excluido socialmente y el 55% sentían que no eran capaces de controlar la preocupación.

Uno de los factores de riesgo que se pone de manifiesto en el estudio es tener trastornos mentales o psicológicos previos.

Durante este tiempo la propia OMS y distintas asociaciones profesionales han preparado diversos materiales de apoyo y recomendaciones para hacer frente a la crisis, dirigidos a los profesionales, a la población general y a las personas vulnerables, entre las que están las personas con una enfermedad mental. Sin embargo, son pocas o ninguna las publicaciones que describen las necesidades percibidas y sentidas por determinados grupos en situación de riesgo y menos aún las que están basadas en una evaluación directa de los pacientes con un diagnóstico de trastorno mental.

**Durante el primer pico de la pandemia, los pacientes con un Trastorno Mental Grave (TMG) han reducido su acceso a los servicios de salud mental y el contacto directo con los profesionales.** El manejo psiquiátrico ha consistido en salvaguardar su salud física y mental a través de la telepsiquiatría, apoyo psicosocial a distancia y monitorización de síntomas del coronavirus. La mayoría de los servicios de salud mental no estaban preparados para desarrollar servicios especializados a distancia ni para pacientes en confinamiento comunitario. **Como resultado las necesidades de los pacientes psiquiátricos más graves han podido infravalorarse o sustituirse por meros “acompañamientos” durante la pandemia.**

La distancia de los centros de rehabilitación psicosocial y soporte social puede haber contribuido a aumentar los síntomas negativos de los cuadros psicóticos de larga evolución y a reducir las redes de apoyo social ya de por sí muy disminuidas en esta población (Kozloff, et al., 2020).

Además, **la población con TMG presenta grandes dificultades para formular demandas, por lo que es más sensible a los cambios en la atención que les proporcionan los servicios.** A esto hay que sumar las evidencias disponibles de que la percepción de las necesidades en personas con un TMG se asocia con una mayor o menor demanda de servicios (Broadbent, 2008).

Desde asociaciones profesionales de todo el mundo están haciéndose llamamientos para mejorar el conocimiento sobre el virus y las formas de responder ante él de manera eficaz. En este contexto, nos planteamos como **una obligación profesional la evaluación de las necesidades de las personas con Trastorno Mental Grave durante la pandemia por Covid-19, con el objetivo de identificar las adaptaciones necesarias en los servicios de atención tanto a corto como a largo plazo.**

## 2. OBJETIVOS

Este estudio tiene como objetivo **evaluar las necesidades de una muestra amplia de personas diagnosticadas de Trastorno Mental Grave durante el pico de la pandemia por Covid-19** en la que se dieron las medidas más fuertes de distanciamiento social. Pretendemos aportar información que permita ayudarnos a mejorar nuestros servicios e intervenciones en un futuro a corto y a medio plazo. Los objetivos son:

- Identificar las **necesidades de atención social y sanitaria** que presentaron las personas con trastorno mental grave y evaluar el grado en el que han sido cubiertas.
- Identificar el **tipo de intervenciones y servicios más necesarios** y su nivel de cobertura.
- Conocer la **opinión directa de las necesidades percibidas** en la población atendida.
- Ofrecer una **guía de planificación de recursos, programas e intervenciones** a cubrir en una visión a medio plazo.

## 3. METODOLOGÍA

### 2.1. Diseño

Se diseñó un estudio descriptivo que permitiera conocer las necesidades percibidas por las personas usuarias en los momentos de mayor incidencia y situación de confinamiento de Pandemia, entre los meses de marzo y junio de 2020.

### 2.2. Participantes

El estudio incluyó a todas las personas con Trastorno Mental Grave atendidas en los centros y servicios de rehabilitación gestionados por Grupo 5 en las Comunidades Autónomas de Madrid, Extremadura, Comunitat Valenciana y Euskadi y sus familias, un total de 1.636 plazas.

Los Centros y Servicios fueron los siguientes:

- Centros ambulatorios de rehabilitación psicosocial en salud mental: 5 Centros de Rehabilitación Psicosocial / CRIS, 6 Centros de Rehabilitación Laboral, 9 Centros de Día y 8 Equipos de Apoyo Social Comunitario.
- Centros residenciales de rehabilitación psicosocial en salud mental. 12 residencias y 19 pisos.

Los criterios para ser incluido en el estudio fueron los siguientes:

- Tener un diagnóstico de Trastorno Mental Grave de larga evolución.
- Estar en una edad comprendida entre 18 y 65 años.
- Disponer de seguimiento psiquiátrico habitual.
- Contar con un plan individual de rehabilitación diseñado y en activo.

De entre el total de los sujetos posibles, se incluyeron finalmente en el estudio 669 sujetos, lo que supone el 60,89% de la muestra total. De ellos, 497 estaban atendidos en un recurso diurno o ambulatorio y 172 en un recurso residencial. El perfil de los sujetos participantes se detalla en la tabla 1.

Tabla 1. Características generales de la muestra

	N (DT)	%
<b>Total personas usuarias</b>	<b>669</b>	
<b>Total cuidadores informales</b>	<b>190</b>	
<b>Personas usuarias por tipo de centro</b>		
Ambulatorio	497	74.3
Residencial	172	25.75
<b>Personas usuarias por CCAA</b>		
Madrid	527	78.8
Extremadura	53	7.9
Euskadi	4	0.6
Valencia	85	12.7
<b>Edad media</b>	<b>47.78 (47.78)</b>	
<b>Sexo</b>		
Hombres	388	58
Mujeres	281	42
<b>Media de duración del trastorno mental (años)</b>	<b>20.52 (9.5)</b>	
<b>Tiempo que lleva en el centro (meses)</b>	<b>50.39 (42.8)</b>	
<b>Tiempo atendido en SSM (años)</b>	<b>19.53 (11.86)</b>	
<b>Diagnóstico</b>		
T. Esquizofrenia	366	54.7
T. Bipolar	61	9.1
T Depresión	26	3.9
T Ansiedad	14	2.1
T Personalidad	69	10.3
T. Esquizoafectivo	55	8.2
Otros	61	9.1
Perdidos	17	2.5
<b>Edad del cuidador principal</b>	<b>63.74 (13.5)</b>	
<b>Convivencia durante el confinamiento</b>		
Padres	223	33.4
Sola/a	110	16.5
Recurso / Residencia supervisada	201	30.8
Con algún familiar (no padres)	120	18.4
Perdidos	15	1.4
<b>Grado de Discapacidad reconocida</b>		
Menos del 65%	195	29,1
Mas del 65%	396	59,2
Sin discapacidad	40	6
En trámite	14	2,1
Perdidos	24	3,6
<b>Ingresos económicos</b>		
Sí	460	68.7
No	187	28
Perdidos	22	3.3

## 2.2. Instrumentos y medidas

Las variables objeto del estudio y los instrumentos de medida utilizados fueron los siguientes:

1. Datos personales, sociodemográficos, clínicos y sociales. Recogido por el profesional.
2. Datos de uso de recursos. Recogido por el profesional.
3. Necesidades sociosanitarias cubiertas y no cubiertas Medido a través del NCA, un instrumento que recoge la presencia o ausencia de un problema en 3 áreas: clínica, social y apoyos y si las necesidades están o no cubiertas.
4. Opinión de personas usuarias. Medida a través de un cuestionario específico, adaptación de la versión publicada por Cuevas y cols. (1996). Evalúa la opinión del usuario sobre los servicios recibidos en un sentido amplio (eficacia, satisfacción, utilidad, accesibilidad, etc.).
5. Opinión de familias. Evaluada a través del cuestionario de carga percibida de cuidador (ERVI).
6. Impacto en empleo. Solo para personas usuarias en integración laboral. Registro que recoge si la persona ha perdido el empleo o ha reducido su ingreso económico.
7. Identificación de servicios necesarios. Registro rellenado por el profesional de referencia para valorar la necesidad de servicios y recursos.

## 2.4. Procedimiento

Para la homogenización del procedimiento de aplicación se remitieron, por parte del equipo investigador, instrucciones escritas a todos los centros con los criterios de selección y el procedimiento detallado de la recopilación de los datos. La selección de las personas usuarias se llevó a cabo por parte de los profesionales cada uno de los Centros, en base a los criterios de inclusión, durante el mes de junio.

La obtención de la información se realizó mediante **entrevista individualizada de tipo presencial**. En el caso de familiares y, excepcionalmente, en aquellos casos en los que debido a la situación la persona usuaria no hubiera podido acudir al recurso, se llevó a cabo de manera telefónica.

Esta fase se realizó en los meses de junio y julio. Una vez recabada la información se incorporó la información del profesional. En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado de personas usuarias y familiares, tanto de manera escrita, como mediante grabación, en el caso de participación telefónica.

## 2.5. Análisis de estadístico

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias de todas las variables presentadas en el estudio. Asimismo, se hicieron análisis de comparación de grupos en las variables de interés. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 18.0.

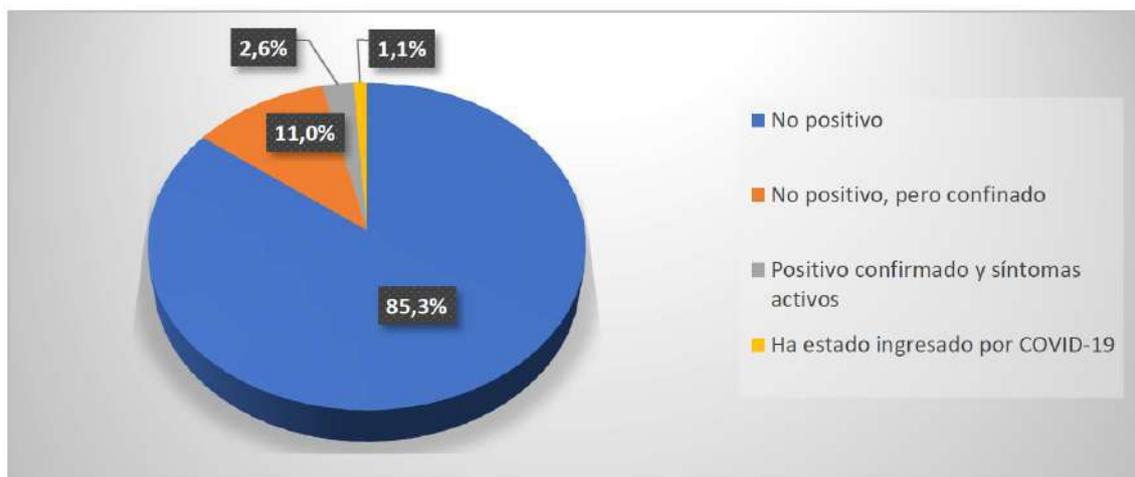
## 4. RESULTADOS

### 4.1. Impacto de la Covid-19 en las personas usuarias de la muestra

#### Situación sanitaria derivada de la Covid-19

Durante la época de confinamiento y mayor impacto de la primera ola de la COVID-19, el estudio refleja que un 1% de los participantes en el estudio sufrieron contagio por COVID-19, tal como aparece en el gráfico siguiente. Sin embargo, han estado directa o indirectamente afectados por Covid-19 un 14,7% de las personas usuarias de la muestra (97 personas). El 11% han estado confinados por COVID-19. De ellos ha habido más proporción en los recursos residenciales (14,5% frente a 9,7%). Además, un 17,3% han tenido algún allegado cercano afectado.

Gráfico 1: Afectación por Covid-19.



## Impacto en la descompensación psicopatológica

Cabe destacar que:

- 43 personas usuarias (6,3%) han necesitado ingreso en Unidad de Agudos.
- 143 personas usuarias (21,4%) han necesitado un aumento de la medicación antipsicótica para prevenir la posible aparición de una crisis. Se ha dado un mayor incremento de psicofármacos en los residenciales, con un 24% de representación, que en los ambulatorios, con un 20%.

## Impacto en el empleo

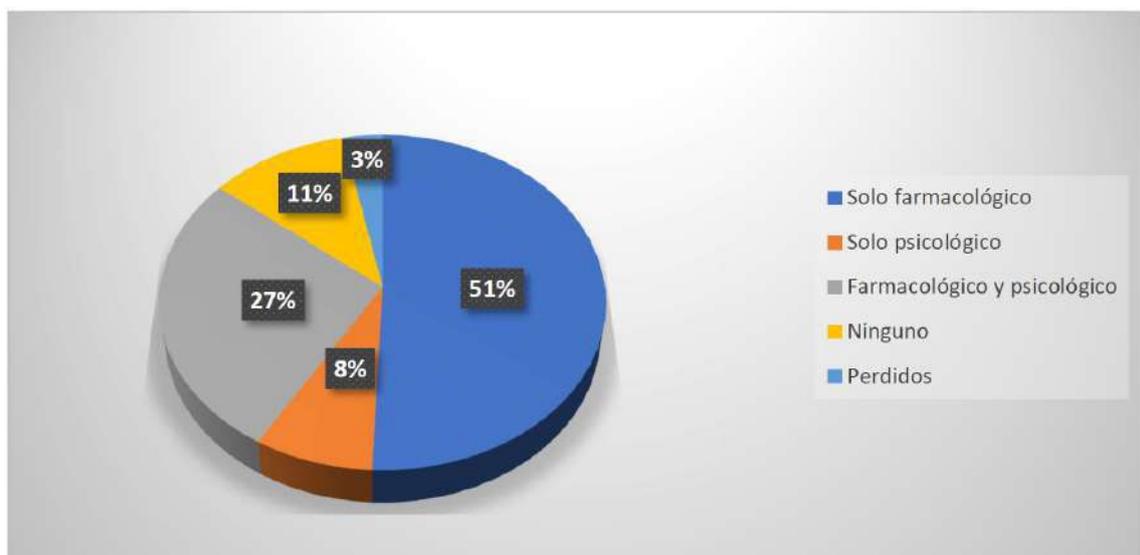
De las 143 personas de la muestra que asisten a un centro de rehabilitación laboral, 17 personas han perdido el empleo y otras 14 han pasado a situación de ERTE durante el periodo estudiado.

## 4.2. Servicios recibidos

### Servicios de salud mental

Los servicios recibidos por las personas usuarias por parte de los servicios sanitarios ambulatorios de salud mental aparecen en la gráfica siguiente. Cabe destacar que un 11% no han recibido apoyo por parte de su servicio, aunque la respuesta mayoritaria recibida, como indicamos, ha sido la exclusivamente farmacológica en la mitad de los casos.

Gráfico 2. Seguimiento por los servicios sanitarios de salud mental.

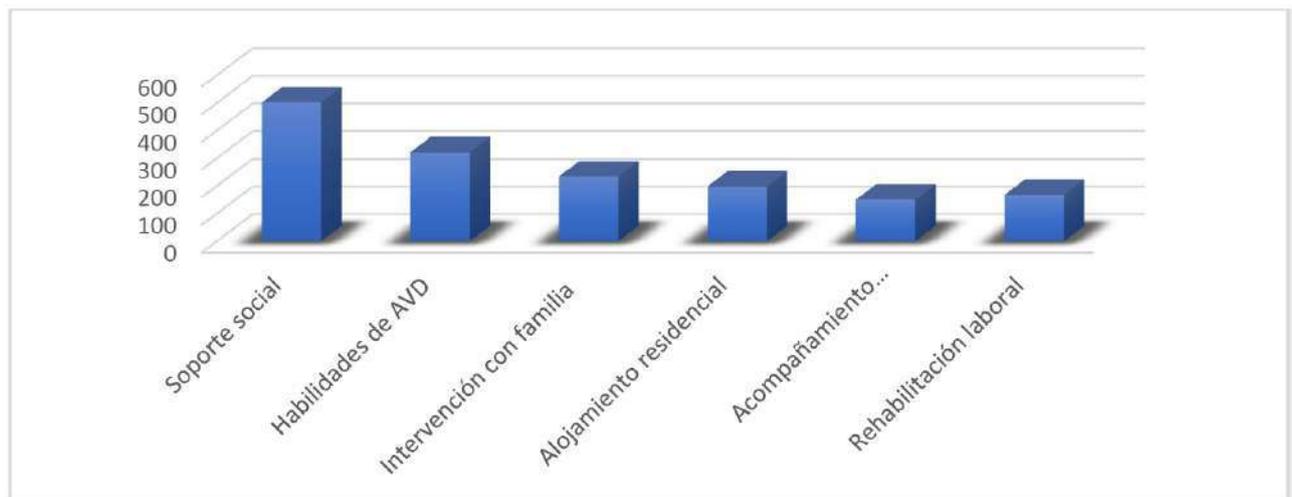


## Apoyo Psicosocial

Como vemos en el Gráfico 3:

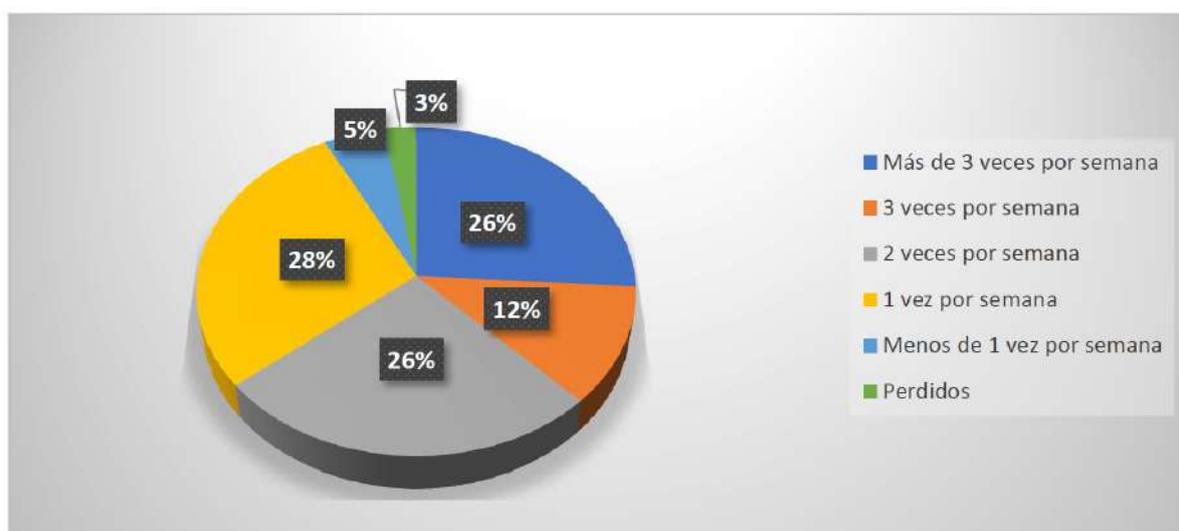
- La mayoría (75%) ha recibido programas de acompañamiento profesional (soporte social).
- Menos del 50% ha recibido programas de rehabilitación de habilidades o entrenamiento y capacitación en AVD. Los atendidos en recursos ambulatorios han tenido menos acceso a estos programas que los residenciales. Un 40% frente a un 64,5% en la muestra residencial.
- En residencias, un 44% han recibido programas de acompañamiento a la comunidad, mientras que en recursos ambulatorios tan solo un 15% han podido acceder a estos programas.
- Cabe destacar que el 22% de las personas usuarias han pasado solos el pico de la pandemia y aunque el 53% lo ha pasado con su familia, el cuidador de referencia era una persona de 64 años o más.

Gráfico 3: Número de personas usuarias que han recibido apoyo psicosocial por tipo de apoyo



En cuanto a la frecuencia del apoyo recibido por los profesionales de su servicio, un 93% de las personas usuarias han recibido apoyo semanal, y prácticamente uno de cada cuatro ha recibido apoyo más de tres veces por semana. Se ha dado una mayor frecuencia de contacto con el profesional de referencia en los recursos residenciales que en los ambulatorios. En residencias la frecuencia de contacto habitual ha estado en tres veces por semana, mientras que en los ambulatorios la frecuencia ha sido de entre 1 y 2 por semana.

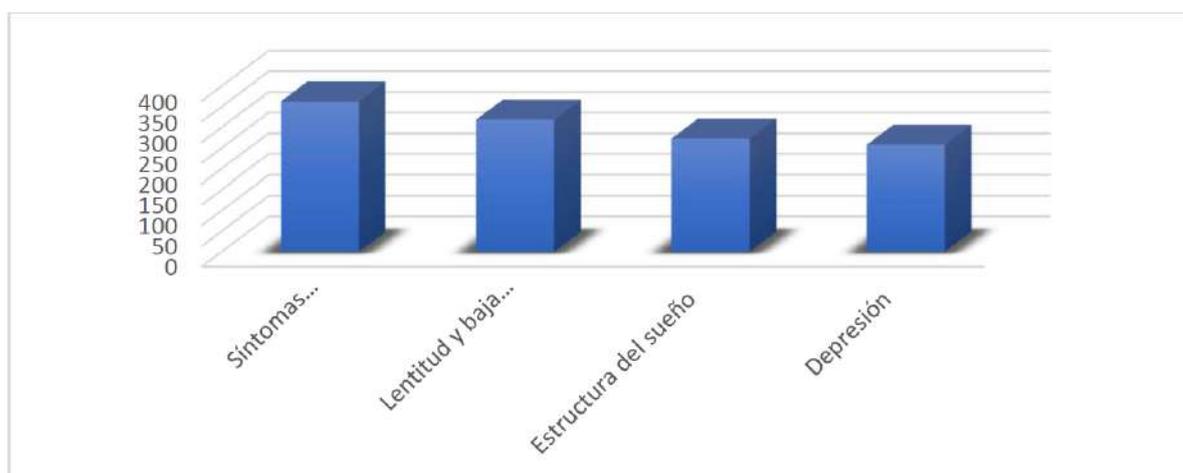
Gráfico 4: Frecuencia del contacto con profesionales de Grupo 5



### 4.3. Principales problemas identificados en la muestra

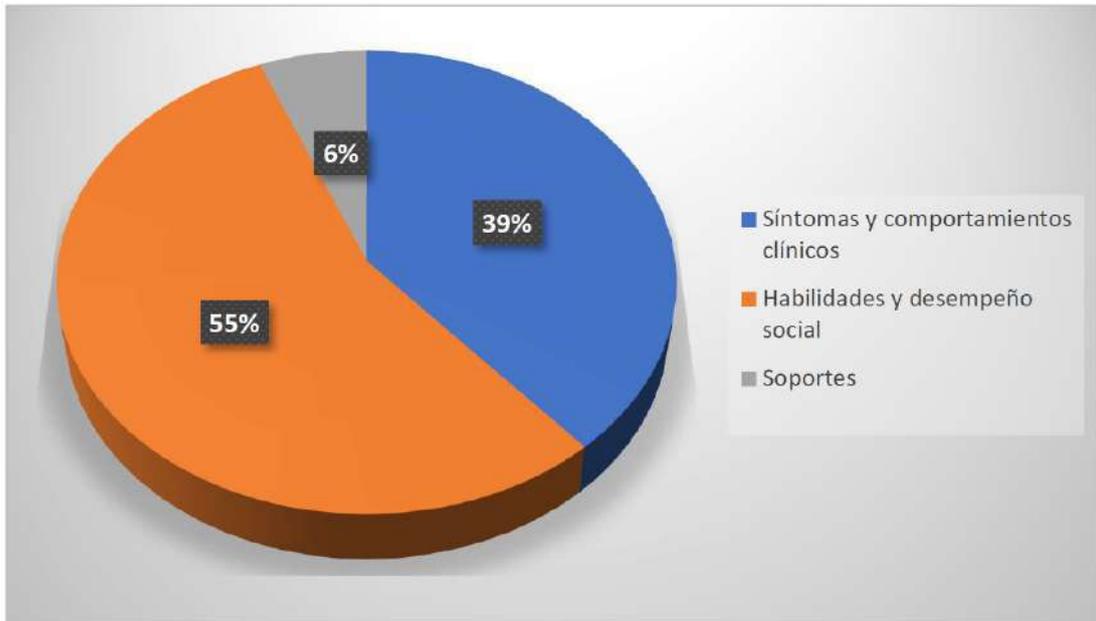
En el gráfico se señalan aquellos problemas que presentan una frecuencia de respuesta superior a 250 personas. Como se puede observar, las necesidades con mayor incidencia han sido los síntomas negativos en forma de lentitud o inactividad (47,5%), la ansiedad (54%) y los problemas en la estructuración del sueño (41%). Se da en misma proporción en toda la muestra tanto ambulatoria como residencial.

Gráfico 5: Número de personas usuarias que presentan problemas, por tipo de problemas.



Por lo que respecta a las áreas, como observamos en el Gráfico 6, la presencia de mayores necesidades está en el área de habilidades y destrezas psicosociales, seguida de los síntomas y comportamientos clínicos (39%) los soportes sociales y familiares (6%).

Gráfico 6: Incidencia de cada área de problemas en toda la muestra



Hay diferencias de género en el perfil de necesidades: mayores problemas somáticos en mujeres, mayor riesgo suicida y menor soporte de apoyo social proveniente de la familia.

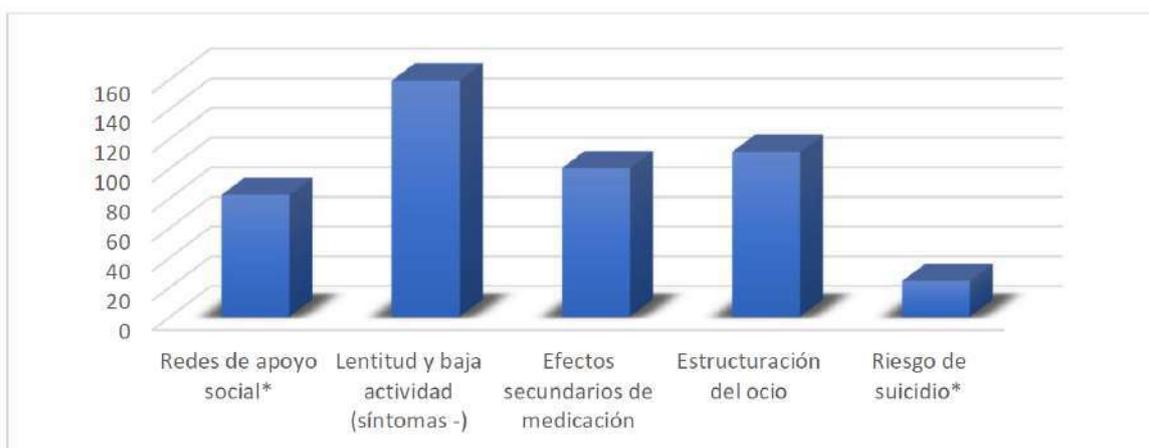
Por lo que respecta a las diferencias por recursos:

- En residencias los principales problemas son los de habilidades y desempeño social (55%), seguidos de los clínicos (37%). Los de soporte representan un 8%.
- En recursos ambulatorios, representan un porcentaje similar: 56%, 39% y 5%, respectivamente.

#### 4.4. Percepción de problemas no cubiertos

En el Gráfico 7, se señalan los problemas no cubiertos que presentan una frecuencia de respuesta superior a 100 personas. En el caso concreto de la ausencia de cobertura de las redes sociales y del riesgo de suicidio, se han señalado los datos, aunque la frecuencia no llega a 100, por su especial relevancia.

Gráfico 7: Número de personas usuarias por problemas no cubiertos



- Los que menos posibilidad de cubrirse tienen con la red de recursos actual son la depresión, la anhedonia, el ocio y tiempo libre, alcanzando índices de no cobertura de casi el 50%.
- Los síntomas clínicos, por el contrario, son cubiertos en el 71% de los casos, tanto en recursos ambulatorios como en residenciales.
- En los recursos ambulatorios no se cubre el 26% de las necesidades de habilidades y desempeño social, mientras que este porcentaje cae al 19% en las residencias.
- En el caso del Soporte Social, tan solo se cubre el 55% en el caso de las residencias, mientras que en los ambulatorios es del 71%.
- El riesgo de suicidio en las personas usuarias ambulatorios es tres veces mayor que en los residenciales. Un porcentaje significativo de personas con riesgo de suicidio no tiene cobertura para este problema (18%).
- Se ha descubierto una alta incidencia de problemas somáticos y enfermedades no cubiertas (46%) y de síntomas negativos de psicosis no cubiertos (46%) o sin posibilidad de cubrirse.
- Hay mayores porcentajes de necesidades no cubiertas en personas usuarias de centros residenciales que en soportes sociales y familiares, lo que evidencia la imposibilidad o ineficacia de trabajo con las redes de apoyo social natural en los servicios residenciales.

#### 4.5. Prestación más recomendada para cubrir las necesidades presentadas por las personas usuarias.

Destacan dos combinaciones:

1. Recursos que incluyan programas de rehabilitación y entrenamiento en autonomía combinados con programas de ocupación y ocio. Esta opción sería la más adecuada para el 46% de las personas usuarias.
2. Recursos y programas de ocupación y ocio combinados con Programas de familias. Adecuada para el 44% de las personas usuarias.

## 5. CONCLUSIONES

Como hemos visto, se trata de una muestra amplia y representativa del perfil clásico de persona con Trastorno Mental Grave, con tiempos amplios de evolución de la enfermedad y edades medias de entorno a los 49 años y cuadro de esquizofrenia o Psicosis en el 75% de los casos.

### Con respecto a los servicios recibidos:

#### Servicios sanitarios de salud mental

**Predominio de una respuesta farmacológica.** Un 20% ha requerido aumentar la medicación para afrontar los problemas emocionales y las descompensaciones, lo que implica más efectos somáticos colaterales secundarios, más gasto sanitario y el uso de una estrategia poco eficaz para solucionar estos problemas a largo plazo.

**Reducción de la calidad en el seguimiento psiquiátrico** desde los servicios de salud mental. La mitad de las personas usuarias han percibido la accesibilidad de los servicios de salud mental mala o difícil y un número importante no ha tenido ningún tipo de seguimiento psiquiátrico durante ese tiempo.

#### Intervención psicosocial

- En general, el acompañamiento a las personas usuarias ha sido aceptable en cuanto a su frecuencia, especialmente en los recursos residenciales.
- Los datos reflejan una deriva o renuncia a los programas propios de la rehabilitación psicosocial como son el entrenamiento en habilidades, psicoeducación y acompañamiento a la comunidad, lo que indica la mayor necesidad de programas de apoyo psicosocial y social para esta población.
- El teletrabajo, aunque ha sido bien valorado, no ha sido una estrategia suficiente para sustituir a este tipo de intervención que es la propia de los servicios y centros de atención psicosocial a personas con TMG. Indica que la teleasistencia es válida para acompañar y detectar pacientes en riesgo, pero mucho menos válida para intervenir en la capacitación o reducción de las discapacidades.
- No se ha garantizado una atención adecuada a los cuidadores y familias, a través de programas educativos presenciales u online orientados a aumentar la comprensión de sus familiares y sus problemas emocionales.
- Se necesita reforzar los sistemas de seguimiento profesional y acompañamiento para personas que viven solas, que supone un porcentaje importante de las personas usuarias de salud mental.
- No se ha puesto el foco de la manera que merecía en la identificación del aumento del riesgo de suicidio.

- Con respecto a la valoración de los servicios:
  - La intervención peor valorada ha sido la intervención con familias por su escasez o ineficacia percibida en mejorar la comprensión hacia las personas usuarias con las que convive el cuidador principal.
  - El trato recibido por teletrabajo y su eficacia se ha valorado como excelente por el 99% de la muestra.

## Con respecto a las necesidades identificadas y su grado de cobertura

- Las necesidades con mayor incidencia han sido los síntomas negativos en forma de lentitud o inactividad, la ansiedad y los problemas en la estructuración del sueño.
- Se ponen de manifiesto unos altos índices de problemas no cubiertos de ansiedad y depresión, lo que indica ausencia de programas de gestión y autocontrol emocional.
- Concuerda con los datos de sobre-medicación como principal respuesta para evitar descompensaciones. Dato encontrado tanto en personas usuarias de servicios residenciales como ambulatorios.
- En este sentido, los síntomas clínicos son los que mayores posibilidades de cobertura tienen.
- Los que menos posibilidad de cubrirse tienen con la red de recursos actual son la depresión, la anhedonia y el ocio y tiempo libre.
- Por lo que respecta a las áreas, la presencia de mayores necesidades está en el área de habilidades y destrezas psicosociales, seguida de los síntomas y comportamientos clínicos y los soportes sociales y familiares.
- Destaca la imposibilidad de proporcionar soportes sociales y familiares en un número importante de personas usuarias de residencias.
- Las prestaciones y programas más necesarios son los relacionados con el ocio, programas de rehabilitación psicosocial, entrenamiento en actividades en la vida diaria e intervención con familias.
- En el estudio se observan diferencias de necesidades en cuanto al género, lo que es necesario tener en cuenta en el diseño de los programas de intervención.

## 6. RETOS

### Retos en el ámbito de la atención a personas con trastorno graves de salud mental y oportunidades de cambio.

#### 6.1. Recomendaciones para la intervención

**Programas Individuales.** Es necesario desarrollar este tipo de programas orientados al afrontamiento y recuperación del estado de ánimo, la prevención de la ansiedad y la sintomatología negativa (abulia anhedonia), ya que son factores de riesgo que disminuyen la calidad de vida.

- En este sentido, para el manejo de la ansiedad deberían adaptarse los programas estructurados para su aplicación en el domicilio y su aplicación mediante las nuevas tecnologías.
- Del mismo modo, desarrollar programas de programación conductual en el domicilio aprovechando nuevas tecnologías y teleasistencia (recordatorios, agendas virtuales, etc.).

**Intervenciones ocupacionales.** Requieren un mayor desarrollo y adaptación en estas situaciones, tanto en el entorno residencial como en el domicilio. Los programas de actividad física, higiene de sueño y potenciación de los intereses de ocio, deben ocupar un espacio predominante en la cartera de los servicios.

- Una opción viable es el desarrollo de programas de movilidad y ejercicio físico utilizando metodologías innovadoras (entrenamientos online, encuentros grupales de actividad física, etc.).

**Programas de acompañamiento a la comunidad.** Necesitan ser potenciados, incluso en periodos de confinamiento, para casos confinados y con escasa red de apoyo, mediante programas de reforzamiento y apoyo social entre pares y acompañamiento psicológico.

**Programas de rehabilitación.** Debería garantizarse su funcionamiento en la medida de lo posible y no claudicar hacia programas de mero soporte o acompañamiento, que son bien percibidos, pero son ineficaces para aumentar las destrezas psicosociales y alcanzar la autonomía.

**Atención telemática.** Requiere continuidad y potenciación, pues es una práctica que evita la pérdida de alianza y vinculación de personas usuarias graves. Sin embargo, la eficacia del teletrabajo para instaurar habilidades, hábitos y rutinas debe ser evaluada y desarrollar nuevas técnicas de intervención, pues no hay evidencia de que mejoren a través de la atención telemática más allá del beneficio del acompañamiento terapéutico.

**Rehabilitación cognitiva.** Programas de rehabilitación cognitiva del déficit y estrategias compensatorias como programas transversales en los recursos para al menos el 25% de la muestra con déficit asociada a síntomas negativos de psicosis. A ello se añade las propias secuelas y déficits cognitivos asociados a la afectación por COVID-19 en determinadas personas usuarias.

**Integración laboral.** Es necesario evitar perder las destrezas y motivación laboral de las personas con objetivos de inserción laboral.

**Programas de grupales y multifamiliares.** Han demostrado ser esenciales en este período de tiempo como mecanismo del fomento del rol de apoyo de los cuidadores informales. Hay que aumentar los programas de educación a los cuidadores que les permita afrontar próxima crisis y en el domicilio.

#### **Abordaje de la sintomatología psiquiátrica:**

- Se necesita aumentar las intervenciones psicoterapéuticas, que complementen al seguimiento farmacológico. El tratamiento farmacológico no debe ser un sustituto del psicoterapéutico. Aumenta los problemas físicos y no resuelve los problemas emocionales.
- Establecer mecanismos de seguimiento de la sintomatología más graves (psicótica negativa) para los grupos más vulnerables.
- Se hace urgente identificar personas en riesgo de suicidio y desarrollar la intervención breve de Planes de Seguridad (SP) que permitan abordar el riesgo de manera rápida.

**Control de la sintomatología física.** Debe monitorizarse la existencia de trastornos físicos asociados al aumento del sedentarismo o el consumo de bebidas excitantes. Programas como educación para la salud y hábitos de salud se hacen aún más necesarios en personas con patologías somáticas que se han agravado en la época Covid-19 y pueden traer consecuencias negativas a largo plazo. Esto debe incorporarse a los servicios y centros residenciales.

**Servicios específicos de apoyo.** Se necesita aumentar los apoyos para salir a la comunidad a hacer gestiones básicas, para las personas sin redes de apoyo (alimentación, compras). Potenciar los programas de acompañamiento comunitario para casos aislados.

Hay que explorar la creación de alternativas de apoyo social informal no familiar, a través de la potenciación de programas de apoyo de iguales, voluntariados y programas de que fomenten el cuidado altruista de los otros. En especial para los que viven solos y en los recursos residenciales tipo piso.

## 6.2. Recomendaciones para la administración

**Atención Domiciliaria.** Aumento de servicios de atención domiciliaria integrados en los centros ambulatorios, ya sea en forma de dotación de personal o de reestructuración de las funciones de estos en épocas de crisis. Esto implica desarrollar diseños funcionales de servicios nuevos y protocolos de intervención novedosos que se incorporen a las funciones tradicionales del equipo.

**Personal sanitario.** Incorporar a personal sanitario en las plantillas de las residencias de personas con enfermedad mental como respuesta al aumento de los problemas somáticos y la comorbilidad en épocas de confinamiento y mientras duren los periodos de aislamiento.

**Medios telemáticos.** Aumento de la dotación de medios e infraestructuras en sistemas telemáticos online en los centros.

**Incremento de ratios.** Contemplar en las plantillas de las residencias en épocas de confinamiento, un aumento de la ratio de profesionales - usuario.

**Coordinación con los servicios sociales.** Consolidar vías de colaboración entre el sistema de salud mental y los servicios sociales para dar respuesta a necesidades graves no cubiertas (depresión, prevenir las descompensaciones y riesgo de suicidio).

**Flexibilidad en las normas de movilidad.** Los protocolos de restricción de la movilidad son necesarios, pero han podido provocar un decremento en la atención psicosocial de las personas con trastornos mentales asociados a discapacidades, como es el caso de las personas con esquizofrenia, que necesitan programas de rehabilitación psicosocial. Los protocolos deben incluir programas de rehabilitación psicosocial en AVD, hábitos de salud, relaciones sociales y actividades recreativas, graduadas en nivel de intensidad y aplicadas de manera diferente en los recursos residenciales y ambulatorios.

**Respeto a la intimidad y privacidad.** En determinadas situaciones se han podido incumplir con algunos protocolos de intimidad y de privacidad. Se necesita revisar y articular mejor el acceso y registro de la información confidencial, en especial en los centros que han realizado teleasistencia.

**Apoyo a cuidadores.** Dentro de las carteras de los servicios ambulatorios se deben considerar servicios de apoyo específicos para los cuidadores de las personas con un TMG. En periodos de confinamiento los riesgos de aislamiento y el aumento de la emoción expresada son mayores. Programas educativos y de prevención de desgaste deben incluirse en los protocolos de confinamiento de personas con TMG que convivan con un cuidador.

### 6.3. Algunas reflexiones finales

1. Las necesidades que ha planteado la pandemia a las personas con TMG no están solo referidas a la recuperación de la Salud. **Las de tipo psicológica y social son tanto o más necesarias** para esta población y pueden correr el riesgo de quedar en un plano secundario.
2. La pandemia está suponiendo un reto que requiere **adaptar los modelos de intervención tradicionales** de psicología, terapia ocupacional, trabajo social, psiquiatría, y la continuidad de cuidados de los pacientes más graves.
3. A pesar de la buena acogida de la teleasistencia, **un número enorme de personas quedan fuera de este nuevo marco de atención**, por lo que será preciso considerar cómo llegamos a ellas.
4. La adaptación de las técnicas y los programas debe ir paralela a la **formación que van a necesitar nuestros profesionales para generar nuevos modelos** de relación, educación y entrenamiento en habilidades.
5. Un aspecto esencial es **la cobertura a necesidades que se quedan sin cubrir durante periodos de confinamiento** como son el aumento del riesgo de suicidio, el aumento de los problemas somáticos y la ruptura de hábitos de salud frágilmente construidos.
6. En necesario atender a la mortalidad provocada por la Covid-19, pero también a la producida por los **problemas secundarios no cubiertos en la población de personas con enfermedad mental grave**, y su potencial riesgo de mortalidad a largo plazo también debe ser tenida en cuenta.
7. Por lo que respecta a **la Administración, debería contemplar lo antes posible las adaptaciones en sus pliegos de prescripciones para adaptar las exigencias en la cartera de servicios**. Se deben generar encuentros con las entidades sociales, el sector privado y las asociaciones de profesionales para trabajar en estas adaptaciones y asegurar una mejor respuesta a las necesidades de los pacientes. Las adaptaciones deben ir más allá de los protocolos para prevenir el contagio.

En esta nueva era la evaluación de necesidades ajustada a cada nicho de población es una prioridad porque no valen las mismas respuestas para todos. Identificar las principales necesidades nos permitirá un mejor ajuste de los servicios.

Las nuevas adaptaciones de los tratamientos tienen que ser evaluadas permanentemente, esta evaluación debe incluir una evaluación de resultados asociados con la población de personas con un Trastorno Mental Grave. Es crucial no perder de vista la pérdida de resultados en activos de salud y bienestar (aumentos de medicación, mayores pérdidas de redes de apoyo social, aumento del estigma, aislamiento, sufrimiento emocional, incremento de riesgos de salud, etc.).

Por tanto, los mecanismos de evaluación basados en la cantidad que se han generado en esta época (cuanto trabajo se hace) deben ser sustituidos por otros basados en la calidad (qué tipo de trabajo sea hace).

Las consecuencias económicas de la pandemia van a ser enormes. Desarrollar nuevos servicios sin evaluar su calidad y si responden o no a las necesidades reales de las personas con un Trastorno Mental Grave no parece una estrategia razonable.

## BIBLIOGRAFÍA

Adhanom T. (2020). Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry* 19-2 -June 2020.

Ausín et al. (2020). Estudio del impacto psicológico derivado del COVID-19 en la población española (PSI-COVID-19). Primeros resultados. Cátedra UCM - Grupo 5 Contra el Estigma. Informe de investigación.

Broadbent E, Kydd R, Sanders D y Vanderpyl J. (2008). Unmet needs and treatment seeking in high users of mental health services: role of illness perceptions. *Aust N Z J Psychiatry*. Feb;42(2):147-53.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

Hao, F et al. (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, behavior and Immunity*, 87, 100-106.

Holmes, E. A., et al. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., & Li, R. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976–e203976.

Moreno C et al. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. [www.thelancet.com/psychiatry](http://www.thelancet.com/psychiatry). [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2).

Wiersma D. (2006). Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Vol 113, 115-119.



**POST COVID-19**

**TRASTORNO MENTAL**

**ESTUDIO DE NECESIDADES  
POST COVID-19 EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL**

INFORME DE RESULTADOS  
1 DE NOVIMEMBRE DE 2020

**GRUPO 5**

Con la colaboración de:



Dirección General de Atención  
a Personas con Discapacidad  
CONSEJERÍA DE POLÍTICAS SOCIALES,  
FAMILIAS, IGUALDAD Y NATALIDAD

