



María G. **GARCÍA***

*. Co-coordinadora de grupo dentro del Espacio de Psicoeducación en Conductas Violentas (EPECOVI) de la Defensoría del Pueblo de la CABA. Asesora en Derechos Humanos del Defensor del Pueblo de la CABA. Titular de cátedra de la materia "Grupo" en la Universidad del Museo Social Argentino (UMSA) en la carrera de Trabajo Social. e-mail: garciamariagraciela@yahoo.com.ar

Martín **DE LELLIS***

*. Profesor Titular Regular de la Cátedra I de Salud Pública y Mental, Facultad de Psicología, UBA. Consultor en el Área Salud de organismos públicos nacionales y agencias internacionales. Asesor en la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. e-mail: martindelellis80@gmail.com

PRESENTADO: 06.07.21

ACEPTADO: 20.09.21

RESPUESTA INSTITUCIONAL EN EL MARCO DE LA PANDEMIA Y AISLAMIENTO SOCIAL POR COVID-19: RESULTADOS DE UNA EXPERIENCIA¹

77

Resumen

Las medidas de emergencia y aislamiento sanitario adoptadas oficialmente para contener o mitigar la propagación del virus agravaron situaciones preexistentes de inequidad, barreras al acceso y déficits en la calidad de servicios. En este escenario, se exponen acciones y principales logros del Dispositivo de Atención y Contención Psicológica que, implementado por la Defensoría del Pueblo de la CABA, atiende alteraciones de salud mental y dificultades relativas a la utilización de servicios de atención derivados de la situación de aislamiento. Finalmente, se efectúa una reflexión en torno a las oportunidades generadas en esta coyuntura para profundizar políticas de reforma institucional que, enmarcadas en la ley nacional de salud mental y adicciones, permitan afrontar los desafíos de la pandemia y la pospandemia.

Palabras Clave: Pandemia; Emergencia sanitaria; Acceso; Atención Psicológica.

1. Una versión preliminar del presente documento se publicó con el título "La COVID-19 y las desigualdades de acceso a los servicios de salud mental" en la Revista Conexiones. AASM. Octubre de Buenos Aires. Octubre de 2020.

Summary

The emergency measures and sanitary isolation officially adopted to contain or mitigate the spread of the virus aggravated pre-existing situations of inequity, barriers to access and deficits in the quality of services. In this scenario, actions and main achievements of the Psychological Care and Containment Device are exposed, which, implemented by the CABA Ombudsman's Office, addresses mental health disorders and difficulties related to the use of care services derived from the situation of isolation. Finally, a reflection is made about the opportunities generated at this juncture to deepen institutional reform policies that, framed in the national law on mental health and addictions, allow facing the challenges of the pandemic and post-pandemic.

Key words: *Pandemic; Health emergency; Access; Psychological Care.*

INTRODUCCIÓN

Desde hace aproximadamente un año y medio, el mundo entero parece ocuparse y preocuparse, de forma casi excluyente, por la pandemia del COVID-19.

En un esclarecedor artículo periodístico escrito en plena cuarentena Ramonet (2020) calificó a la pandemia como un “hecho social total”, capaz de desplomar la economía mundial y conmocionar a la totalidad de actores, instituciones y valores.

Dado que este trabajo procura efectuar una reflexión aludiendo al impacto de la pandemia sobre los servicios de salud, trataremos de abordarlo empleando conceptos tales como desastre, crisis y emergencia sanitaria.

De acuerdo a la opinión de reconocidos autores una crisis sanitaria o de salud pública es:

“una situación grave, repentina, inusual o inesperada que, originada en un factor de riesgo sanitario común, provoca la enfermedad en un número inusualmente alto de individuos de una población simultáneamente y un desequilibrio o déficit prestacional en la cadena asistencial demorando el proceso de atención y en algunos casos generando la imposibilidad de gestionar la incertidumbre médica o elaborar un juicio clínico de forma inmediata” (Gérvás y Meneu, 2010, 35).

Al hablar de desastre enfatizamos aún más la gravedad y magnitud de los riesgos y daños, así

como el potencial colapso del sistema de atención (Santini, 2015). La OMS define el desastre sanitario como “cualquier fenómeno que puede producir daños, perjuicios económicos, pérdida de vidas humanas y deterioro de la salud y los servicios sanitarios suficiente como para exigir una respuesta extraordinaria a sectores ajenos a la zona afectada” (OMS, 2020, 3).

La Organización de las Naciones Unidas, en una línea de conceptualización semejante, define a la catástrofe como “una ruptura grave en el funcionamiento de una sociedad, con pérdidas de vidas humanas, materiales y medioambientales, y de una tal amplitud que excede las capacidades de la mencionada sociedad para enfrentarla” (ONU, 2012, 4).

Es decir, si nos atenemos al aspecto común que contienen tales definiciones, se trata de las consecuencias que produce un riesgo que, no habiendo podido ser ni evitado ni controlado, afecta de forma desproporcionada e imprevista a la sociedad que lo padece. En este sentido, y tal como se advierte, si la gravedad de los eventos adversos se conjuga con la incapacidad de ofrecer una respuesta socialmente eficaz, ello puede ocasionar grandes tensiones en los grupos damnificados, sobre quienes deben arbitrarse drásticas medidas para mitigar los daños a su salud e integridad física (Fernández, Beristaín, Páez, 1999).

Además de un saldo infrecuente de víctimas propio de una situación de catástrofe, la presente pandemia produjo un estremecimiento universal: todos los humanos nos descubrimos frágiles ante la enfermedad y la muerte al poner de manifiesto

la inmensa brecha entre las amenazas que desencadena el virus y la (in) capacidad de respuesta que disponen los sistemas de salud y protección social para darles una adecuada respuesta.

La humanidad ha vivido con antelación numerosas situaciones epidémicas, algunas más devastadoras que la COVID-19, tal como ha sido la gripe española. Pero la pandemia de COVID-19 presenta, como un problema adicional, que nos hallamos todos los días saturados de información que exhibe, con pormenores detalladísimos, la cantidad de contagios, en qué localidades, cómo se propaga la enfermedad, cuánta muerte y cuántas secuelas discapacitantes produce entre los afectados.

Estos datos, acompañados por contundentes imágenes, se nos imponen cada vez que encendemos el televisor o activamos dispositivos de conexión digital en tiempo real. Producen perplejidad y, muy a menudo, parálisis y angustia por no saber con certeza cómo afrontar el riesgo sanitario.

También debemos señalar que los medios hegemónicos no informan adecuadamente sobre las opciones disponibles, ocultan que las medidas adoptadas son en respuesta a una emergencia que se juzga muy grave y que requiere, a la vez, una respuesta transitoria y eficaz para que la sociedad no pague un costo tan elevado de muerte y enfermedad (Fernández, Beristaín, Páez, 1999; Cañás y Urtasún, 2020).

Si bien debe destacarse, como aspecto facilitador, el esfuerzo desplegado por brindar datos y/o recomendaciones que nos orienten sobre cómo actuar en la prevención o en la mitigación de los daños ocasionados, una gran mayoría de los medios hegemónicos han insistido, principalmente, en el grave impacto económico que genera la situación de aislamiento social obligatorio y las dificultades para paliar las amenazas a la subsistencia personal y familiar. Pero, al mismo tiempo, tales medios imponen algunos sesgos en su visión que cabe remarcar:

a) No informan adecuadamente que las medidas económicas adoptadas en América Latina en los últimos cinco años han dejado a los Estados en una situación muy débil para enfrentar la pandemia, porque no hay recursos económi-

cos suficientes y tampoco recursos humanos e institucionales calificados para actuar ante semejante desastre.

b) Se analiza puntualmente la contingencia actual, pero no se enfoca el proceso de más larga duración que ha precipitado esta situación y tampoco se examinan las secuelas que se estima producirá en el mediano y largo plazo.

c) Tampoco se informa que detrás del interés aparentemente filantrópico de los organismos financiadores y de los científicos que luchan por encontrar una respuesta eficaz para prevenir la enfermedad, suelen movilizarse intereses espurios y lucrativos que poco tienen que ver con la protección de la salud.

IMPACTO SOBRE LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN

La Declaración de Emergencia Sanitaria y las medidas de aislamiento preventivo, social y obligatorio (ASPO), que han sido adoptadas por el Estado nacional con el consenso de las autoridades provinciales y cuyo objetivo es contener o mitigar la propagación del virus, alimenta la percepción de que la vida cotidiana está afectada por situaciones que están fuera de nuestro control y tienden a aplazarse en un horizonte incierto, lo cual ha sido reportado tempranamente en estudios realizados en otras partes del mundo (Brooks, S. *et al.* 2020).

Además, y siempre ateniéndonos a las evidencias aportadas por estudios procedentes de distintas regiones del orbe, las medidas de aislamiento, si bien necesarias, tienen un innegable impacto sobre la salud mental. En el plano individual, aumenta la incertidumbre y genera emociones de miedo, frustración, enojo y desorganización psicológica y pueden agudizarse estrés, trastornos de ansiedad y/o depresión preexistentes. Se plantea, una percepción muy aguda de la urgencia y de las dificultades para afrontarla, que requieren ayuda técnica y profesional específica para su alivio, contención o tratamiento (Etchevers, 2020; Alomo, 2020; Johnson *et al.*, 2020).

Por otra parte, se quiebran rutinas organizacionales, se agudizan los problemas vinculares por

el régimen de convivencia obligada, se reactivan conflictos interpersonales y puede incrementarse el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas (de Lellis *et. al.*, 2020; Clay & Parker, 2020; Camarotti *et. al.*, 2020). También algunos estudios han reportado que pueden reactivarse episodios de violencia o conflictos interpersonales y fragilizarse las redes de apoyo y sostén que son requeridas, en este momento, para afrontar los problemas asociados al aislamiento (Usher *et. al.*, 2020). Y coinciden en señalar que, en estos momentos, es cuando más deben coordinarse y activarse las redes formales y las redes de servicios para dar contención, apoyo y cuidados a las personas que más lo necesitan.

Todos estos impactos negativos sobre el comportamiento y la subjetividad plantean un incremento potencial de la demanda hacia dispositivos especializados de salud mental. Pero ¿Estos dispositivos están preparados para resolver las demandas emergentes? ¿Cuáles son los problemas de accesibilidad que, abarcando todo el proceso de continuidad de cuidados, hoy se plantea en las instituciones y servicios de Salud Mental?

IMPACTO SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD Y SALUD MENTAL: BARRERAS A LA ACCESIBILIDAD

Una de las cuestiones centrales que se consideraron en el debate público a propósito de la crisis es si el sistema de salud argentino cuenta con la capacidad suficiente para atender las explosivas demandas asistenciales producidas por el COVID-19.

Argentina siempre representó, en el concierto de los países latinoamericanos, una nación que dispone de una red de servicios públicos y privados con aceptable capacidad para atender los problemas de salud que afectan a la población. Pero, tras largos años de desinversión pública, la fragilidad que hoy exhiben los servicios han generado preguntas acuciantes: ¿serán capaces los hospitales públicos y privados de contener la demanda desatada por la propagación del virus? ¿Se dispone de camas suficientes? ¿Existe disponibilidad de respiradores? ¿Están protegidos los trabajadores de la salud y los pacientes que serán atendidos?

Estas cuestiones, que estaban reservadas a un pequeño número de expertos sanitarios, comenzaron a plantearse ante tamaña decisión pública, expuesta en los medios masivos de comunicación y reproducida en las conversaciones más íntimas.

Pero ¿qué pasa específicamente con las personas con padecimiento mental, vulnerables entre los vulnerables? Las personas con padecimientos mentales severos siempre han sufrido problemas de accesibilidad a servicios, esto explica la profunda brecha de tratamiento que experimentan estos colectivos poblacionales (Comes *et. al.*, 2006). Todas las instituciones, ya sea que brinden servicios ambulatorios, de internación breve o de larga estadía entraron en crisis, porque en situación de cuarentena se profundizaron todas las barreras a la accesibilidad de quienes, aún con graves problemas, no pueden recibir la asistencia requerida.

Las instituciones totales como psiquiátricos, colonias o geriátricos, además de expresar el agotamiento histórico del modelo asilar-tutelar, se constituyeron en el núcleo más irreductible y complejo de transformar por el modo en que se ha encarnado en las representaciones y las prácticas de quienes prestan servicios de salud mental durante muchas décadas de desempeño.

Basadas en una respuesta rígida, centralizada y a una escala inhumana, se han convertido en focos potenciales de expansión del virus. Se trata de lugares cerrados, con hacinamiento, con déficit en los cuidados de enfermería y serias dificultades para resolver situaciones generales de emergencia clínica. Los pacientes, además, se vuelven vulnerables al impacto de la enfermedad por la elevada edad promedio, déficits cognitivos asociados con la patología o también por los efectos de la institucionalización, que les impide a menudo asumir conductas de cuidado y autocuidado (CELS y MDRI, 2007).

Las barreras a la accesibilidad se agudizaron. No sólo por las dificultades para movilizarse en el transporte vial, sino por el cierre de una gran cantidad de instituciones y servicios públicos o privados para atender en el primer nivel y porque las modalidades alternativas de atención remota,

basadas en la tecnología a distancia, suelen cubrir a los sectores que cuentan con mayores recursos económicos y educativos para sostener tales vínculos. Además, la prioridad establecida por muchos establecimientos está dirigida hacia las personas con síntomas compatibles con el virus y no con aquellos que no presentan síntomas de ese orden y que, además, se presume interferirán con las labores del personal o distraerán recursos para atender una problemática que no resulta prioritaria.

Todas estas demandas inéditas de tratamiento desafían al poder médico-hospitalario, que suele activarse cuando aparece una demanda específica de atención, están organizados según rígidas jerarquías administrativas, las cuales pueden resultar una barrera a la hora de resolver situaciones de crisis sanitaria sin parangón con ninguna de las conocidas.

DESIGUALDADES DE ACCESO A LOS SERVICIOS: EL PROBLEMA DE LA EQUIDAD

Las exigencias que provienen de la actual emergencia sanitaria ponen en estado de crisis agravada a un sistema socioeconómico desigual, estructuralmente empobrecido desde hace décadas. Estas condiciones preexistentes de desigualdad, que impiden el acceso equitativo a los servicios de salud, representa uno de los mayores problemas para enfrentar hoy la pandemia. Las personas excluidas socialmente están expuestas a múltiples determinantes adversos, que producen como efecto el deterioro de las condiciones de vida y la imposibilidad de adoptar las pautas de cuidado recomendadas por el Gobierno Nacional para afrontar la emergencia.

En el caso de los padecientes mentales se revela una conexión aún más estrecha, pues la mayoría de las evidencias mundiales subrayan que los determinantes sociales negativos y la desafiliación incrementan el riesgo de alteraciones a la salud mental (De Carlo *et. al*, 2006). Además, las personas en situación de pobreza y con trastornos mentales severos encuentran mayores barreras al acceso y, cuando acceden, sólo son instituciones públicas deterioradas las que logran brindar algún tipo de atención. (Kraut, 2005). Se cumple así la

clásica ley de cuidados médicos inversos formulada por Tudor Hart (1971), quien señalaba hace medio siglo que la disponibilidad de asistencia sanitaria tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida. Los sujetos más vulnerables no son atendidos y profundizan su vulnerabilidad, y quienes presentan menor riesgo relativo tienen más posibilidades de ser atendidos y resolver satisfactoriamente los daños a la salud. Estos problemas específicos afectan en particular a los más vulnerables entre los vulnerables: ancianos en situación de pobreza, con trastornos mentales o discapacidades cognitivas severas, quienes no disponen de redes de apoyo ni sostén y, por lo tanto, más necesitan la protección social y sanitaria del Estado.

En Argentina, uno de los sectores sanitarios que más ha recibido el impacto del deterioro del ingreso y la precarización laboral han sido los servicios de salud mental. A los problemas vinculados con el déficit en el poder adquisitivo del salario y la disminución en el valor de las prestaciones profesionales se añaden problemas tales como el débil sistema de protección social para quienes trabajan como voluntarios, pasantes, concurrentes y/o residentes en instituciones del subsector público, semipúblico o privado. Además de una relación laboral inestable, la precarización laboral implica un escaso control de los trabajadores sobre el proceso de trabajo. Esto constituye uno de los determinantes sociales más negativos sobre el bienestar humano.

En situación de pandemia, en la cual se necesita afrontar riesgos inesperados para asegurar la atención de las crisis, la precarización puede agravar aún más las condiciones de trabajo inseguras e impedir el acceso a medios de protección o al uso de los protocolos que deben guiar a todos los trabajadores de la salud.

Un párrafo aparte merecen los procesos de formación, ya que es necesario capacitar de forma continua a profesionales y técnicos en el desarrollo de competencias para las intervenciones en comunidad y para implementar modalidades de afrontamiento ante crisis o emergencias colectivas como las que hoy sacuden a nuestra sociedad. En particular, el entrenamiento a todos los integrantes del equipo de salud en la previsión, la pre-

vección, la atención de catástrofes y las ulteriores actividades de recuperación e integración social.

OPORTUNIDADES PARA LA TRANSFORMACIÓN

¿Cuáles son estas nuevas oportunidades que hoy se abren para la transformación sustentable de las instituciones de Salud Mental? Las estrategias y modalidades de tratamiento, que se han tratado de impulsar desde hace 10 años con el marco orientador de la LNSM, se han hecho más visibles y necesarias en este momento de crisis pandémica y se han constituido, de hecho, en nuevas oportunidades para la acción. En otros términos, lo que surgió como una respuesta reactiva ante la situación de emergencia sanitaria puede convertirse en una oportunidad para transformar a mediano y largo plazo las prácticas en los servicios de salud mental.

Veamos cuáles son estas estrategias que se han hecho más visibles, y que es necesario fortalecer y continuar impulsando.

- a) El despliegue de unidades de tratamiento móviles para atender emergencias clínicas, porque cuando no se dispone de transporte para trasladar al paciente a una guardia, cuando no hay camas disponibles para una internación aguda o el acceso a un establecimiento general de salud aumentan los riesgos de infección y contagio es necesario resolver la crisis allí donde esta se produce.
- b) La implementación de nuevos dispositivos de tratamiento y/o inclusión habitacional tales como centros de día, casas de convivencia o modalidades de internación domiciliaria, los cuales deben buscar una respuesta flexible y a escala humana que garanticen los sistemas de apoyo y la atención personalizada.
- c) Apoyado en las tecnologías de comunicación a distancia, el seguimiento de situaciones clínicas de forma remota puede convertirse en una alternativa real ante la ausencia de camas disponibles y las dificultades para realizar los controles ambulatorios fuera del domicilio.

d) El fortalecimiento de los procesos de externalización asistida, cuyo objetivo es trasladar a pacientes internados desde servicios de larga estancia hacia unidades de corta estancia, a escala humana y con mayor integración a las redes comunitarias.

e) La movilización de recursos técnicos ante la emergencia, porque cuando no hay servicios para trasladar a la persona a una guardia, cuando no hay camas disponibles siquiera para una internación aguda o porque acceder a un centro hospitalario aumenta los riesgos de infección y contagio es necesario contener y resolver la crisis allí donde esta se produce.

Todos estos dispositivos pueden constituirse en una respuesta asistencial que, coordinada en redes de servicios, satisfaga las nuevas demandas de atención y facilite una mayor integración a la vida de la comunidad.

Un aspecto fundamental a considerar es la integración de los equipos interdisciplinarios de salud para comprender cuáles son las situaciones planteadas y las mejores alternativas de decisión afrontando un objetivo común: atender la urgencia, acompañar, sostener y cuidar. En este sentido, jerarquizar el rol que cumplen los recursos humanos no convencionales como los acompañantes terapéuticos, los auxiliares gerontológicos y/u otros operadores terapéuticos. Estos trabajadores, quienes realizan tareas que otros profesionales no asumen ni desean cumplir, se desempeñan en la informalidad y carecen en general de reconocimiento oficial por las autoridades sanitarias, o bien por las instituciones que deben asegurar o proveer asistencia.

RESPUESTA INSTITUCIONAL: ROL, DISPOSITIVOS Y SITUACIONES ATENDIDAS POR LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA CABA

La Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es un organismo constitucional unipersonal, lo acompañan al Defensor del pueblo en esta función 5 adjuntos, en este caso quien está a cargo de la Defensoría por su segundo período es el Dr. Alejandro Amor. La misión de la

Defensoría es velar por los derechos humanos de los vecinos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las defensorías del país están nucleadas en una Asociación de Defensores del Pueblo (ADPRA) presididas por el Dr. Alejandro Amor, debido a esto se cuenta con una red importante desde la cual tenemos una visión más amplia de las diferentes situaciones por las que atraviesa nuestro país.

Nuestra función es peculiar porque recibimos aquellas situaciones en donde hay vulneración de derechos, en algunos casos por nuestra acción directa a través de las sedes barriales y en otros recibimos la demanda de los vecinos. Es una institución de servicio que ha adquirido una gran capacidad para visualizar las problemáticas acuciantes e intentar respuestas. En nuestra experiencia institucional había, previo a la situación de pandemia, hechos recurrentes en los servicios:

- Dificultades de accesibilidad a los tratamientos de Salud Mental.
- Postergaciones para cumplir la ley nacional de Salud Mental.
- Ausencia de dispositivos alternativos a la lógica de encierro.
- Necesidad de perfiles profesionales nuevos que permitan el acompañamiento a las personas con padecimiento mental y o consumo problemático y la debida formalización de esas disciplinas.
- Ausencia de un pensamiento en red para pensar la Salud Mental en términos distritales y abarcar todo el territorio incluidos los centros de atención primaria con relación a los hospitales y, por otro lado, que los centros que atienden adicciones estén conectados con los servicios de salud.
- Desconocimiento de la normativa vigente en algunos efectores del sistema público, semipúblico y privado sobre las situaciones de riesgo para sí y para terceros que ocurren en las personas que tienen un padecimiento mental y/o consumo problemático, en situación de crisis.

Nuestro equipo de Salud Mental ha ido fortaleciéndose a lo largo del tiempo en las diferentes gestiones en función de las necesidades que observábamos. Actualmente consta con varias áreas integradas por un equipo interdisciplinario: psicó-

logos, sociólogos, trabajadores sociales, médico psiquiatra, abogados, licenciados en ciencias políticas y de la comunicación, están distribuidos en áreas específicas, estas son:

- Promoción Humana, Adicciones, Salud Mental,
- Emergencias y Contención Psicosocial,
- Espacio de psicoeducación en conductas violentas (EPECOVI), dirigidos a varones.
- Atención a damnificados y testigos de violencia (temática de género y acompañamiento adultos mayores)

Cabe aclarar que este equipo también realiza tareas de cuidado, seguimiento y derivación de situaciones de padecimientos diversos.

Queremos destacar que antes de la pandemia la defensoría ya estaba en un proceso de cada vez mayor informatización. Al declararse el aislamiento social preventivo obligatorio toda la institución paso a trabajar con un funcionamiento remoto. En este contexto, se produjo un incremento exponencial de consultas referidas a la Salud Mental.

Como respuesta a esta situación se articuló en la Conducción Ejecutiva de Emergencia y Contención Psicosocial, un equipo de trabajo de atención y contención psicológica conformado por profesionales de la salud que atienden un promedio de 150 llamados semanales. Se lleva a cabo una respuesta inmediata a partir de lo que se denomina PAP, Primera Ayuda Psicológica. El equipo funciona de lunes a lunes (hay un equipo que trabaja el fin de semana y feriados), para brindar una respuesta institucional diaria.

Desarrollamos también dos líneas telefónicas, una para mujeres víctimas de violencia y otra para varones con conductas violentas. Estos equipos pasaron de brindar una asistencia presencial a una asistencia remota.

Este trabajo se complementa con el diseño de un protocolo que establece pautas y recomendaciones para un servicio de contención, acompañamiento y orientación. Su principal objetivo es constituirse en una guía estructurada para operadores y técnicos que realicen contención o acompañamiento de forma remota en el contexto de la pandemia por

COVID-19. En relación con las líneas telefónicas de contención se atendieron:

- Ciudadanos argentinos en el exterior que esperaban ser repatriados.
- Ciudadanos extranjeros que esperaban la vuelta a su país.
- Personas con padecimientos mentales que querían trasladarse a sus hogares.
- Personas aisladas en hoteles.

En casi todos estos casos aparecían:

- Trastornos de ansiedad
- Crisis de pánico
- Vivencia de desamparo
- Crisis de angustia por el aislamiento
- Crisis multiproblemáticas
- Cuadros con síndrome depresivo reactivo a pérdida de empleo y contexto socioeconómico actual con ideas de tristeza, desesperanza y alteración del sueño (insomnio).
- Caso interdisciplinar en cuadro de trastorno de personalidad y cuadro anímico por duelo patológico.
- Conflictos vinculares
- Conflictos vecinales
- Recaídas de personas con consumo problemático
- Acompañamiento en situaciones de duelo
- Sintomatología en niños por el contexto
- Personas con tratamiento oncológico con dificultades para conectar con sus familias.

Referido a las mujeres se incrementaron las llamadas por violencia intrafamiliar.

Algunas de las situaciones que fueron atendidas por la comunicación habitual:

1. Dificultades relativas a la exacerbación de síntomas de patologías preexistentes:

- Dificultades con personas con padecimiento mental en ASPO solas en casas o edificios.
- Se efectuó el seguimiento y contención de aquellas personas aisladas en hoteles provenientes del exterior del país y que no podían regresar a su ciudad o provincia de origen.
- Personas que quedaron aisladas de su red de contención sociofamiliar.

- Dificultades de convivencia de la persona con padecimiento mental con su grupo de convivencia, incremento de situaciones de violencia.
- Dificultades de personas con padecimiento mental por actitudes que generan daños o molestias a terceros, sobre todo en edificios.
- Exacerbación de síntomas en personas tecnoadictas y falta de dispositivos.
- Dificultades por incumplimiento del ASPO y actitudes de riesgo (incluidos episodios de violencia), tanto en población con padecimiento mental, como también por consumo problemático de sustancias.

2. Dificultades relativas a la relación del usuario de servicios de salud mental con los dispositivos de atención:

- En los inicios hubo quejas de organizaciones sociales porque los casos emergentes en consumo problemático de sustancias no eran ingresados a las internaciones por el riesgo de contagio a la población internada y no existían lugares de alojamiento para un aislamiento previo.
- Dificultad para acceso a hisopado de pacientes con padecimiento mental.
- Dificultades con la accesibilidad del paciente a evaluación involuntaria, frente a la aparición de conductas presuntamente riesgosas para sí o terceros.
- Dificultades con los servicios de emergencias médicas para el traslado de pacientes a dispositivos de internación.
- Dificultades para el acceso a la medicación.
- Dificultades para la externación de pacientes por complicaciones para encontrar dispositivos presenciales de contención intermedia (hospitales de día). Tanto en el sistema público, semipúblico, como el sistema privado.
- Falta de acompañamiento en procesos de duelo. Consideramos que esta temática recurrente debe ser atendida en distintas instancias.

Reforzamos los espacios de escucha y orientación, pudiéndose lograr la resolución de la totalidad de los casos en los cuales se presentaron quejas. El mayor volumen de casos coincidió con el inicio de la pandemia, pudiendo notar que hay mayor receptividad en los servicios en el momento actual.

- Se detectó desconocimiento de la normativa vigente en algunos efectores del sistema de emergencia público, semipúblico y privado, quienes interpretaban que la ley prohibía las internaciones involuntarias.
- Se desarrollaron acciones conjuntas con Defensorías Civiles y Juzgados y con efectores de los distintos subsistemas de atención de salud con el objeto de agilizar el acceso a la internación en pacientes con riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros.
- Se efectuó un trabajo de articulación con la red de apoyo psicosocial de personas aisladas por la situación de pandemia. La misma incluyó, en algunos casos, la facilitación de canales de comunicación de personas afectadas con personas que residían en otras provincias del interior del país e incluso de otros países.
- Se articuló con efectores del sistema público y de obras sociales para lograr el acceso a la medicación en personas con dificultades por obstáculos vinculados a la situación de pandemia.
- También se efectuaron reuniones por plataformas de videollamada con sectores de la comunidad que tuvieron requerimientos y consultas al área. Se destaca la orientación brindada a organizaciones sociales por consultas de adicciones en el inicio de la pandemia; como así también a profesionales que comenzaron a brindar atención telefónica a niñas, niños y adolescentes en el sistema público de atención en salud mental de hospitales generales.

EL DÍA DESPUÉS: LA POSTPANDEMIA

Hoy no disponemos de la pausa necesaria para planificar la atención de las secuelas del sufrimiento que ha desatado la pandemia. No obstante, es necesario pensar la situación de postpandemia. Cuando caduque la situación de excepción que hoy mantiene a la sociedad unida en la resistencia ante un agresor oculto, se pondrán de manifiesto todos los problemas asociados a la situación de aislamiento y se considerarán algunos aspectos fundamentales para atender a los damnificados directos o indirectos de la pandemia.

En primer lugar, uno de los temas principales será el trabajo para facilitar la elaboración de las pérdidas de los seres queridos que, acontecidas durante la pandemia, no han podido ser afrontadas mediante los necesarios rituales de duelo, y que pueden constituirse en situaciones traumáticas si no se proponen instancias de adecuada elaboración psicológica.

En segundo lugar, afrontar la incertidumbre ante el futuro superando los sentimientos de apatía y desmoralización que suelen aparecer en situaciones de alta incertidumbre, y promover las respuestas resilientes que personas, grupos o comunidades suelen también movilizar ante las catástrofes sociales.

En tercer término, contribuir a que recobremos la confianza en el otro, que hoy es visto como portador de una amenaza por ser potencial fuente de contagio, pero que, sin embargo, es con quien debe reforzarse la solidaridad para afrontar con mayor éxito la reconstrucción de los daños producidos.

Y, por último, tener presente que muchos tratamientos, interrumpido por las barreras a la accesibilidad, deben ser recobrados en el marco de un retorno a la habitualidad de nuestras interacciones en una sociedad que, si bien no será ya la misma que antes de la pandemia, no debería afectar la concreción de los proyectos de vida más deseados.

Al observar las prácticas de atención de los servicios de salud mental podemos decir que si no se garantizan los cuidados sanitarios mínimos, si los establecimientos generales de salud terminan a la postre siendo expulsivos y si los servicios de emergencia no resuelven las crisis, será más imperioso que nunca hallar respuestas eficaces y creativas para los problemas que emergen en cada contexto local.

Para responder con éxito a estos desafíos y garantizar condiciones seguras de trabajo y oportunidades de formación a los trabajadores de la salud mental para que puedan dar asistencia durante la pandemia y mitigar sus impactos en la postpandemia, tanto en las víctimas directas como en todo el colectivo social.

BIBLIOGRAFÍA

- Alomo, M., Gagliardi, G. Pelocche, S. Somers, E. Alzina, P. Prokopez, C. (2020). Efectos psicológicos de la pandemia COVID-19 en la población general de Argentina. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, Vol. 77, (3), p. 176-181,
- 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*. Vol. 395 (14), p. 912-920,
- Camarotti, A. C., Jones, D.; Güelman, M.; Dulbecco, P.; Cunnial, S. (2020). Cambios en los patrones de consumo de bebidas alcohólicas en la cuarentena por COVID-19: Un estudio en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina). *Revista De Salud Pública de Córdoba*, Vol. 77, (3), p. 37-50. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/29140>
- Cañas, M; Urtasún, M. (2020). La evidencia en tiempos de coronavirus (COVID-19). *Revista Evidencia*. Vol. 23. N°2. <http://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/4285>
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y Mental Disability Rights International (MDRI). (2007). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Siglo XXI,
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2020). "Influenza Pandémica". <https://espanol.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1968-pandemic.html>
- Clay, J. M., Parker, M. O. (2020). Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis?. *The Lancet Public Health*, 5(5), p.259-267.
- Comes, Y., Solitario, R., Garmus, P. (2006). Accesibilidad la perspectiva racional entre población y servicios de salud. *Revista científica de la AMBB*. 16: 97-102,
- De Carlo Santiago, C., Kaltman S., Miranda, J. (2013). Poverty and mental health: how do low-income adults and children fare in psychotherapy? *Journal of clinical psychology*, 69 (2): 115-26.
- de Lellis, M; Interlandi, C; Armendáriz, S; Celleri, M. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas y de alcohol en jóvenes de 18 a 24 años durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio en la pandemia por COVID-19 *Memorias del XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXVII Jornadas de Investigación y XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*.
- de Lellis, M; Garcia, M. G. (2020). La COVID-19 y las desigualdades de acceso a los servicios de salud mental. *Revista Conexiones. AASM*. Año 13 (33). P.27-30.
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V., Helmich, N. (2020). Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11 y 50-55 días de cuarentena en población argentina. Buenos Aires, Argentina. *Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*. <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>
- Fernández, M; Beristaín, Páez, D.(1999). Emociones y conductas colectivas en catástrofes: ansiedad y rumor, miedo y conductas de pánico. En J. Apalategi (Ed.). *La anticipación de la sociedad, Psicología Social de los movimientos sociales*. (pp. 281-342). Promolibro.
- Gérvás J, Meneu, R. (2010) Las crisis de salud pública en una sociedad desarrollada. Acertos y limitaciones en España. Informe SESPAS. *Gac Sanit; 24(Supl 1):p. 33-6*.
- Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L., Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciencia & Saude Coletiva*, año 25, n. 1, 2447-2456.
- Kraut, A. (2005). *Salud Mental y tutela jurídica*. Rubinzal Culzoni.
- Lacámara Sánchez, A. Plaza Moreno, F. Martín Castro, C. Calcerrada Tendero, F. J. Raya Moles, A. Rosa Jiménez, J. (2018) *Et. al* <https://www.faeditorial.es/capitulos/catastrofes-sanitarias-y-atencion-a-multiples-victimas-organizacion-y-logistica.pdf>
- OMS. (2009) *Evaluación de la gravedad de una pandemia de gripe*. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section
- OMS. (2020) *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-Mental-Health-2020.1-eng.pdf>

- ONU. (2012) *Planificación estratégica en el sistema de las Naciones Unidas*. ONU.
- Ramonet, I. (2020), La pandemia y el sistema-mundo. *Le Monde (en español) diplomatique*. <https://www.aesed.com/es/la-pandemia-y-el-sistema-mundo>.
- Santini, O. (2015). *Emergencias y desastres*. Brujas.
- Tudor Hart. J.T. (1971). The inverse care law. *Lancet*; *n.1* :405-412.
- Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., & Jackson, D. (2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International Journal of mental health nursing* 29 (4) 549-552.

