



Salud Mental Comunitaria: la oportunidad de investigar en red

Fernando Sarramea Crespo^{1,2,3} y M^a José Jaén Moreno^{1,4}

¹Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC).

²Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

³Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, 33006, Oviedo, España.

⁴Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Radiología y Medicina Física. Área de Psiquiatría. Universidad de Córdoba, España.

Septiembre 2018. Boletín Psicoevidencias nº 51. ISSN 2254-4046

El Modelo de Atención Comunitaria a la Salud Mental se ha desarrollado con vitalidad y se encuentra consolidado y en su edad adulta. Al final de la tercera década, sigue la evolución lógica hacia la madurez y debemos permanecer atentos a las oportunidades que todavía nos pueda brindar.

En un contexto socio-político de libertad y necesidades de cambio, la Ley General de Sanidad (1986) abrió las puertas a las personas con problemas de salud mental y permitió la integración de sus necesidades en el sistema sanitario general. Tomando como referencia los avances que se venían produciendo en esta materia en otros países del entorno europeo¹, recogió los principios fundamentales que cimentarían la reforma de la que había sido hasta el momento la atención psiquiátrica: la atención comunitaria como alternativa al hospital psiquiátrico; la hospitalización psiquiátrica en unidades ubicadas en el hospital general; el desarrollo de estructuras intermedias de rehabilitación y reinserción social y la generación en coordinación con los servicios sociales, de iniciativas relacionadas con la prevención primaria en salud mental.

En el desarrollo desigual del proceso de reforma entre las distintas comunidades, Andalucía se posicionó a la cabeza del cambio². Ya en los primeros años se consiguen: el desmantelamiento progresivo de los psiquiátricos y la creación de una nueva red de servicios que reconocía al Equipo de Salud Mental de Distrito (ESMD) como centro neurálgico y formado por equipos multidisciplinares. En torno al ESMD, girarían el resto de dispositivos -hospitalización, rehabilitación, estancia media y atención a la salud mental infantil³.

El planteamiento de atención comunitaria está consolidado y su evolución se ha garantizado a través de los distintos Planes Integrales de Salud Mental^{4,5,6}. No ha perdido de referencia los elementos claves de partida y suma en la actualidad los necesarios para una mejora continuada: detección precoz, intervención temprana, recuperación funcional, continuidad de cuidados, coordinación interdisciplinar, calidad de vida, estigma y desigualdad, gestión clínica y del conocimiento y práctica basada en la mejor evidencia científica.



Los profesionales que han formado parte en este tiempo de los equipos multidisciplinares diseñados por el modelo y que a día de hoy deben ser los garantes de mantenerlo, se podrían dividir en: los que pudieron participar en el diseño y primeros pasos del proceso de reforma y ya se fueron o comienzan ahora a despedirse; los que miramos con envidia a aquellos y quizá por ello, hemos admirado lo conseguido y los intentamos transmitir; y los que al llegar mucho después, les pueden quedar lejos los planteamientos de partida, haber amortizado los logros y pueden llegar a obviar las oportunidades que el modelo les puede seguir ofreciendo.

En el camino de seguir evolucionando, la investigación y la generación de conocimiento, pueden ser una magnífica oportunidad. La cercanía e interdependencia de los ESMD con la atención primaria, la presencia de profesionales de distintas disciplinas y de forma muy especial, la posibilidad de detectar necesidades reales de la población; abren la puerta a una investigación clínica, que aglutina profesionales y a sus intereses, y devuelve lo antes posible respuestas a los retos planteados.

El mayor reto que afrontamos hoy en día en la atención de la persona con un diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG) es el de las altas tasas de mortalidad precoz. Esta población llega a tener hasta 20 años menos de esperanza de vida y parece que la brecha respecto a la población general, podría estar incluso aumentando⁷. El origen puede venir determinado por distintos factores: los propios del TMG (gravedad, psicopatología, tratamientos), las conductas asociadas (consumo de sustancias, dieta, actividad física), los derivados del sistema de salud (puerta de entrada, screening, actitudes o prejuicios de profesionales) o factores sociales relacionados (desempleo, pobreza, estigma)⁸. En todo caso, parece claro que es una realidad que la sociedad no permitiría que se diese en ningún otro subgrupo poblacional, y con las personas con enfermedad mental, se está dando.

Si acercamos un poco más el foco, encontramos al tabaquismo brillando con luz propia entre los factores responsables de la carga de mortalidad en el TMG. Tanto es así que fumar tabaco se ha convertido en el principal factor prevenible y se calcula que es la causa de hasta un 50% de los años perdidos de esperanza de vida en esta población⁹. Símbolo de la psiquiatría asilar y fiel estandarte del estigma hacia estos pacientes, sigue tiñendo sus dedos de amarillo y robándoles años de vida.

50 años de políticas de control y una gran inversión de recursos han conseguido una reducción progresiva del consumo en los países desarrollados¹⁰. Se han reducido a la mitad las tasas de donde se partía. Esta tendencia no se ha observado en los pacientes con un TMG y se podría decir que estos años no han pasado por ellos. A día de hoy, sus cifras son superiores a las descritas en población general en la década de los años 60 del siglo pasado¹¹. Esto sucede porque su entorno social, familiar



y médico, ha mirado para otro lado; y lo ha hecho en base a algunos mitos/prejuicios, que frenan las posibilidades de avance en estos pacientes.

Frente a los prejuicios: “no quieren”, “no pueden”, “fumar les alivia” o “sería un riesgo”; la evidencia: contemplan la idea de dejarlo de forma similar al resto de la población¹²; fumar supone también una mayor gravedad de su enfermedad -frecuencia de recaídas, riesgo de suicidio, calidad de vida y dosis de tratamiento-¹³; y los tratamientos para la cesación son también eficaces y seguros en estos fumadores¹⁴.

Por todo ello y sin tiempo que perder, profesionales del entorno de la atención comunitaria de las provincias de Córdoba, Jaén, Granada y Málaga; y pertenecientes a distintas disciplinas - administración, enfermería, trabajo social, medicina y psicología de adicciones y psiquiatría-; colaboran en el desarrollo de proyectos de investigación y docentes, que puedan ayudar a generar el cambio necesario. Las líneas trazadas hasta el momento incluyen: la formación de profesionales para una mayor sensibilización, el diagnóstico precoz de daño respiratorio provocado por la comorbilidad del TMG y el tabaquismo, y el desarrollo de herramientas que preparen al paciente para la cesación tabáquica a través de la información individualizada de daño y sus posibilidades de prevención.

Este como cualquier otro, podía ser un buen momento y un buen ejemplo, para repasar los inicios, subrayar lo conseguido y celebrar lo que se ha consolidado. Pero muy especialmente para recordar, que sigue habiendo necesidades y que el modelo comunitario, las actuales Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y sus profesionales, nos brindan una magnífica oportunidad para generar preguntas e intentar responderlas a través de la investigación.

Referencias

¹ Uffing HT, Ceha MM, Saenger GH. The development of de-institutionalization in Europe. *The Psychiatric quarterly*. 1992;63(3):265-78.

² López Álvarez M. La Reforma Psiquiátrica en Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 1988; 8(26):471-514.

³ Vázquez-Barquero J, García J. Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 1999;249(3):128-35.

⁴ Molina García S, del Pino López R, Díaz del Peral D, Ruiz Carazo J, Dueñas Abril C, Cabaleiro Fabeiro F, et al. *Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2003-2007)*. Sevilla: Junta de Andalucía; 2003.

⁵ Valmisa Gómez de Lara E, Alén Fidalgo M, Amo Alonso M, del Pino López R, Díaz del Peral D, Fernández Regidor G, et al. *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2008-2012)*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2008.



- ⁶ Carmona Calvo J, García-Cubillana de la Cruz P, Millán Carrasco A, Huizing E, Fernández Regidor G, Rojo Villalba M, et al. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2016-2020). Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2016.
- ⁷ Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*. 2015;72(4):334-41.
- ⁸ Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*. 2017; 16(1):30-40.
- ⁹ Evins AE, Cather C, Laffer A. Treatment of tobacco use disorders in smokers with serious mental illness: toward clinical best practices. *Harv Rev Psychiatry*. 2015; 23(2):90-8.
- ¹⁰ Schroeder SA, Koh HK. Tobacco control 50 years after the 1964 surgeon general's report. *Jama*. 2014; 311(2):141-3.
- ¹¹ Glasheen C, Hedden SL, Forman-Hoffman VL, Colpe LJ. Cigarette smoking behaviors among adults with serious mental illness in a nationally representative sample. *Annals of epidemiology*. 2014; 24(10):776-80.
- ¹² Prochaska JJ, Reyes RS, Schroeder SA, Daniels AS, Doederlein A, Bergeson B. An online survey of tobacco use, intentions to quit, and cessation strategies among people living with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2011; 13(5-6):466-73.
- ¹³ Heffner JL, Strawn JR, DelBello MP, Strakowski SM, Anthenelli RM. The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and treatment considerations. *Bipolar disorders*. 2011; 13(5-6):439-53.
- ¹⁴ Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet (London, England)*. 2016;387(10037):2507-20.