

OBJETIVO 12

REDUCIR LAS ENFERMEDADES MENTALES Y SUICIDIOS

En el año 2000 debería haber una sostenida y continua reducción de la prevalencia de trastornos mentales, una mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por este tipo de trastornos y una inversión de la tendencia creciente de los suicidios y tentativas de suicidio.

Manuel Desviat

Psiquiatra. Director del Instituto Servicios de Salud Mental José Germain, Comunidad de Madrid

Este objetivo puede alcanzarse:

1. Mejorando los factores sociales, como el desempleo y aislamiento social, que suponen gran estrés para el individuo;
2. Mejorando el acceso a medidas que apoyan y ayudan al sujeto a afrontar situaciones dolorosas o acontecimientos estresantes;
3. Mejorando el acceso de los cuidadores de personas con trastornos mentales, especialmente con demencia, a medidas de apoyo tanto formales como informales;
4. Desarrollando servicios integrales de salud mental comunitaria con gran implicación de atención primaria;
5. Realizando un esfuerzo especial en la prevención de conductas de riesgo como el abuso de sustancias;
6. Desarrollando programas de prevención de suicidio.

El Comité Regional para Europa estableció en 1993 unos indicadores para hacer un seguimiento de los 38 objetivos marcados en 1985 para la Región Europea por la OMS: disminuir las tasas de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas, por sexo y edad, valorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales y conocer la prevalencia de pacientes de larga estancia.¹

1. SUICIDIO Y PARASUICIDIOS EN ESPAÑA

La tasa promedio de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas en España, entre los años 1985 a 1994, es de 5,9 por 100.000 habitantes, estabilización que se produce después del aumento continuado de la mortalidad por esta causa desde el inicio de los años setenta (INE 1995). Media española que sigue estando muy por debajo de la europea: entre 1994 y 1995 los suicidios por 100.000 habitantes en las subregiones de la Región Europea y porcentaje del total de mortalidad por causas externas eran 11,7 (26%) en la Unión Europea; 16,1 (21%) en los países de la PECO², y 30,8 (13%) en los países que forman la NEI³.

Por comunidades autónomas la mortalidad por suicidio fue variable entre 1985 y 1992. Los mayores descensos se produjeron en Ceuta y Melilla, donde la mortalidad por esta causa se redujo en un 88,6%, y en Canarias, donde la mortalidad descendió un 44,4%. Los mayores incrementos se produjeron en Navarra, donde la mortalidad aumentó un 93,1%, y en el País Vasco, donde aumentó un 80,2%. Por comunidades autónomas, Asturias y Galicia presentan la mortalidad más alta por suicidio, como se observa en la Figura 1. Las cifras reales son con toda probabilidad más altas, como indican diversos

¹ Objetivos e indicadores de salud utilizados para el seguimiento del progreso hacia la Salud Para Todos en el año 2000 en la Región Europea. Organización Mundial de la Salud. Comité Regional para Europa 1993. (Documento ICP/HSC 016 —1— 1076h de 1993 del Comité Regional para Europa de la OMS).

² Los PECO son los países de Europa central y oriental que tenían economías planificadas y no formaban parte de la URSS. La Santé en Europe. OMS, 1997.

³ Los Nuevos Estados Independientes (NEI) son los 15 países que han accedido a la independencia tras la disolución de la URSS.

estudios epidemiológicos, que aportan tasas medias entre 10 y 15 suicidios por 100.000 habitantes (Ministerio de Sanidad y Consumo, Tercera Evaluación SPT 2000, 1995).

Respecto a los parasuicidios, aunque las cifras son menos fiables, se estiman entre 50 y 90 por 100.000 habitantes año; en Europa varían entre 414 por 100.000 habitantes en Helsinki y 61 también por 100.000 habitantes de Leiden (1).

2. EVOLUCIÓN DE OBJETIVOS E INDICADORES

En España se ha producido una transformación sustancial (aunque desigual por comunidades y aun dentro de éstas) de la atención a la salud mental desde mediados de los años ochenta. Esta transformación —la llamada reforma psiquiátrica— se evidencia en la evolución de los indicadores, en la modificación de la legislación (para garantizar los derechos de los pacientes, especialmente en el internamiento) y en cambios en la representación social de la enfermedad mental y sus servicios. La dificultad para evaluar la reforma española está en la escasez de estudios epidemiológicos y de evaluación de servicios⁴; incluso en la imposibilidad de comparar indicadores básicos, como estancias o plazas de diversos dispositivos, con cierta fiabilidad, hasta tiempos muy recientes. En cualquier caso, la magnitud del cambio producido desde 1985 es lo suficientemente importante para que se pueda objetivar a través del crecimiento de los recursos: número de profesionales de salud mental, centros de salud mental, unidades de hospitalización en hospital general y creación de estructuras intermedias, unidades residenciales y programas de rehabilitación psicosocial (3).

3. MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

La incidencia administrativa, según la información proporcionada por los registros acumulativos de casos existentes en el país, se sitúa en torno a 10 casos nuevos por mil habitantes y la prevalencia administrativa en 20 casos por mil (porcentajes que nos sitúan en un rango semejante a los países de nuestro entorno). En cuanto a la morbilidad real, los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1987 (última que recoge morbilidad psiquiátrica), estiman la prevalencia detectada de trastornos crónicos de salud mental en el 19% y en el 23% los trastornos agudos. Cifras también cercanas a las encontradas en estudios epidemiológicos publicados (Tabla 21) (2).

Por patologías, contamos los datos aportados por los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs) que se recogen desde 1992 (Explotación de datos del CMBD del Ministerio de Sanidad y Consumo), con la gran limitación de ser exclusivamente hospitalarios (Tabla 22).

4. RECURSOS

Uno de los indicadores más sensibles en la asistencia a la salud mental es el incremento de profesionales y la manera en que se distribuyen. En este aspecto las tasas establecidas como objetivos se han cubierto en el conjunto de España en la mayoría de las comunidades autónomas. La tasa de psiquiatras ha pasado del 3,9 en 1982 —*Mental health in Europe: 10 years on*, OMS, 1985— (4) a 5,12 por 100.000 habitantes en 1994 (el objetivo eran 5/100.000). En el último recuento tenemos 6,1. Los psicólogos han pasado de 0,20 a 2,64 por 100.000 habitantes. Resulta difícil comparar al resto de profesionales, aunque es indudable que han experimentado un crecimiento importante a expensas de los nuevos servicios creados (según datos de 1994: 5,8 enfermeros, 1,3 trabajadores sociales, 13,4 auxiliares, 0,5 terapeutas ocupacionales, por 100.000 habitantes).

En cuanto a los servicios, a mediados de los años ochenta la asistencia psiquiátrica descansaba fundamentalmente en camas de larga estancia en hospitales psiquiátricos y consultas de neuropsiquiatría de la Seguridad Social. En los documentos de discusión para la reforma psiquiátrica de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo (datos del INE, 1978-1983) se recogen 44.622 camas psiquiátricas, de las cuales 41.261 eran en hospitales psiquiátricos; 3.361 en hospital general (privadas, prácticamente todas en HP: 14.718); 86.973 ingresos; 13.480.293 estancias, y una estancia media de 154 días. El número de consultas en hospitales era de 455.284. Los pacientes ingresados en los hospitales psiquiátricos (INE 1983), eran

⁴ Una de las grandes insuficiencias del proceso de reforma psiquiátrica en España ha sido la ausencia de información fiable desde sus inicios en todo el territorio del Estado. Hay que esperar al Informe del Defensor del Pueblo (1992) y, sobre todo, al Informe de la Subdirección General de Planificación (Verónica Casado 1996) para conocer algunos datos, faltos todavía de un consenso previo sobre el tipo de prestaciones y servicios.

60.800. Los tiempos de estancia eran muy largos para la gran mayoría de la población ingresada: el 40% más de 10 años; de 6 meses a 10 años el 50%; entre 1 mes y 6 meses el 4%; y sólo el 5,5% menos de 1 mes (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1978). El 45% de los pacientes con una estancia que pasaba de seis meses —según un estudio realizado en 1986 en ocho hospitales psiquiátricos españoles— estaban diagnosticados de esquizofrenia y estados paranoides.

En el Gráfico 26 se ve la evolución de camas de media y larga estancia de 1991 a 1996 (de 20.040 a 13.226 camas) y en el Gráfico 27 la diferencia de camas en el mismo periodo de las unidades, ingresos y estancias en hospital general. En 1996 la media nacional de camas en unidades de hospitalización breve son 10,6 por 100.000 habitantes. En cuanto a hospitalización parcial hay 11,4 por 100.000 habitantes. El total de consultas por 100.000 habitantes es de 92,1 de las cuales 9,6 son primeras consultas y 82,5 sucesivas. En síntesis, el objetivo de habilitar unidades de hospitalización en todos los hospitales generales —presente en la LGS y en las recomendaciones iniciales del MSYC— se había cumplido en 1994 en un escaso 58%. Sólo 6 comunidades autónomas (pequeñas) habían alcanzado el 100%. El hospital psiquiátrico seguía teniendo un papel relevante (este porcentaje se ha modificado escasamente en los últimos años). Por otra parte, subsisten unidades de más 90 camas en hospitales generales, lo que las convierte en estructuras manicomiales encubiertas. Más aún, un hospital privado concertado (Ciempozuelos, Madrid) ha superado en estos últimos años las 1.000 camas. En la Tabla 23 se agrupan los dispositivos asistenciales por comunidades autónomas, junto con la evaluación realizada según los módulos de la OMS validados para España. La situación de cada dispositivo se indica como un porcentaje sobre la puntuación máxima posible en la encuesta: inaceptables, puntuaciones entre 0 y 40%, apenas aceptable entre 41 y 60%, regular entre 61 y 80% y bueno entre 81 y 100%. El total nacional es del 65,7% (5).

5. LOGROS E INSUFICIENCIAS DEL PROCESO DE REFORMA

El artículo 20 de la Ley General de Sanidad (1986) y las modificaciones del Código Civil (1983, 1996) y del Código Penal, fundamentan la reforma psiquiátrica y garantizan los derechos fundamentales de los pacientes mentales, iniciando un proceso para integrar la psiquiatría en la sanidad general, pero sobre todo introducen un modelo comunitario y desinstitucionalizador, completamente integrado en la sanidad general a través del área sanitaria. El catálogo de prestaciones (Real Decreto 63/1995) consolida la integración de la atención a la Salud Mental y la Asistencia Psiquiátrica en el sistema sanitario (se incluye: el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y, en su caso, la hospitalización para procesos agudos, reagudización de procesos crónicos o realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos que así lo aconsejen). El Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo de 1995 incluye la salud mental entre las áreas de intervención prioritarias.

Del lado de las insuficiencias destacan, además de la ya mencionada desigualdad en la implantación de recursos (y del nuevo modelo), una clara insuficiencia de recursos para atender a la cronicidad —los programas de seguimiento, de cuidado y prevención de la cronicidad psicótica en la comunidad son escasos— y la ausencia de programas de prevención de los trastornos mentales. Hay que reseñar también la escasa preocupación ministerial por el conocimiento de la morbilidad psiquiátrica real que condena a las informaciones de este tipo a extrapolar estudios pequeños muchas veces de dudosa fiabilidad (en buena parte patrocinados por la industria farmacéutica) y dificulta la planificación y el control asistencial de las patologías psiquiátricas y la actuación sobre los factores psicosociales en la salud y el desarrollo.

6. LÍNEAS DE ACTUACIÓN

El Comité Regional de la OMS para Europa adoptó en su 48ª sesión —septiembre de 1998— 21 objetivos para promover la salud para todos hasta 2020. El objetivo número 6 es Mejorar la salud mental:

“De aquí al año 2010 habrá que mejorar el bienestar psicosocial de toda la población y ofrecer servicios completos y más eficaces a las personas afectadas de problemas de salud mental. En particular:

- 6.1. Será necesario reducir la prevalencia de trastornos mentales y su impacto nefasto sobre la salud, incrementando la capacidad de los individuos para hacer frente a los acontecimientos estresantes de la vida.
- 6.2. Será necesario reducir al menos en un tercio las tasas de suicidio de manera que la reducción sea más importante en los países y en los grupos de población donde las tasas de suicidio son actualmente elevadas.

Este objetivo deberá ser alcanzado potenciando la promoción y la prevención de los trastornos de salud mental, especialmente en los grupos de riesgo; mejorando la formación de los profesionales y la calidad de las

intervenciones, haciendo especial atención a los derechos humanos y a la calidad de vida de los pacientes mentales graves y en especial de los pacientes mentales crónicos.”

Los indicadores propuestos por la OMS para mejorar la salud mental en la Región Europea son reducir la tasa de suicidio; disminuir la incidencia y prevalencia de la esquizofrenia, la depresión grave, la psicosis alcohólica y las secuelas postraumáticas; por último, la existencia de estadísticas sobre la disponibilidad y utilización de los servicios de salud mental.

En nuestro país habría que establecer medidas que agruparé en tres líneas de actuación:

6.1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

- Aumentar la importancia de la salud mental en la escala de valores de la sociedad y el respeto de los derechos básicos y libertades fundamentales de los pacientes mentales;
- Disminuir el estigma o rechazo de la enfermedad mental, en especial de algunas de las patologías (esquizofrenia);
- Modificar estilos de vida poco saludables, estresantes, patrones de conducta arriesgada, actuaciones destinadas a grupos de riesgos, en especial población infantil, adolescencia y ancianos, así como minorías vulnerables como inmigrantes, parados, pobres, sin techo y otros excluidos sociales;
- Fomentar programas de detección precoz de los trastornos mentales y prevención de sus secuelas (deterioro, discapacidad y minusvalía);
- Desarrollar medidas preventivas de trastornos mentales y comportamientos suicidas en escuelas, centros de trabajo, instituciones sanitarias y de servicios sociales.

6.2. MEJORAMIENTO DE LA ASISTENCIA

- Aumentar la cobertura asistencial: desarrollo de acciones que supongan acciones positivas de salud mental en la comunidad. Desarrollo de la atención domiciliaria. Apoyo a Atención Primaria. Apoyo a trabajo social. Acciones encaminadas a la atención a grupos de riesgo. Actuación en la infancia y en los pacientes crónicos.
- Dotar de camas psiquiátricas en todos los hospitales generales. Reconversión de los hospitales psiquiátricos. Impulsar planes de atención de las urgencias en cada comunidad, en colaboración con otros actores: jueces, policías, ambulancias, bomberos. Creación de hospitales de día y programas de rehabilitación y soporte comunitario.

6.3. MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN

- Impulsar acciones encaminadas a introducir comisiones y normas que vigilen el cuidado ético de los pacientes (consentimiento informado, confidencialidad, protocolos de contención y cualquier tipo de restricción en las hospitalizaciones).
- Promover estudios epidemiológicos de la morbilidad real, con especial seguimiento a las patologías más relevantes.
- Impulsar el desarrollo de sistemas de registro acumulativo de pacientes psiquiátricos que permitan una información clínica única de cada paciente (compatible con el sistema de información sanitario general).
- Promover la identificación de patrones de uso en urgencias y atención ambulatoria.
- Estudiar la calidad subjetiva de los pacientes atendidos y del impacto en sus familias.
- Promover campañas para el uso racional de los psicofármacos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:97-104.
2. Desviat M. La reforma psiquiátrica. Madrid: Dor, 1994
3. Desviat M, Delgado M, Fernández San Martín MI et al. Morbilidad psiquiátrica en población general. En: Leganés y Pinto (Madrid). *Uso de servicios de salud mental y opiniones y actitudes de la población hacia la enfermedad mental. Psiquiatría Pública* 1977;5(9):315-26.
4. Freeman, Fryers y Henderson. *Mental health in Europe: 10 years on*, Copenhagen: OMS, 1985.
5. Informe sobre la situación de la asistencia psiquiátrica en España. (1) Evaluación de servicios. Madrid: AEN 1999 (en prensa).

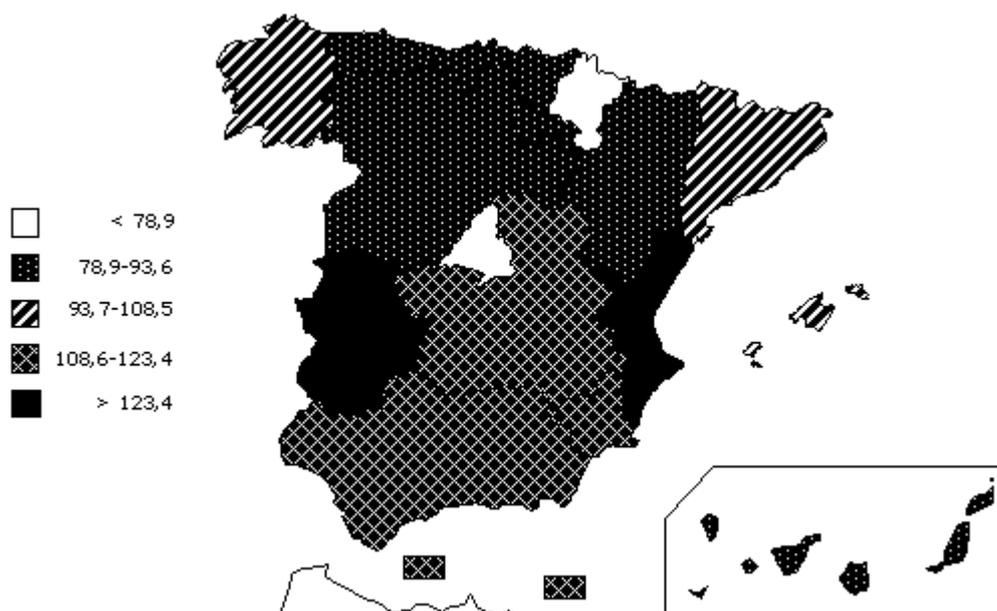


Figura 1
Suicidio y lesiones autoinfligidas. Índice de mortalidad comparativa, según comunidad autónoma. España, 1992

Tabla 21
Tasas de prevalencia de trastornos mentales en diversos estudios realizados en población general durante los últimos 15 años

ESTUDIO (INVESTIGADOR, AÑO, LUGAR)	EDAD	N	INSTRUMENTO *	PREVALENCIA
HENDERSON (11) 1979, Canberra (Australia)	18 +	756	GHQ/PSE	9 %
BEBBINGTON (12) 1981, Camberwell (Inglaterra)	18-64	800	PSE	10.9 %
MAVREAS (13) 1986, Atenas (Grecia)	18-74	489	PSE	16 %
HODIAMONT (14) 1987, Nijmegen (Holanda)	18-64	3.232	GHQ/PSE	7.3 %
VÁZQUEZ-BARQUERO (17) 1987, Cantabria (España)	17 +	1.223	GHQ/PSE	14.74 %
REGIER (6) 1988, 5 ciudades (EEUU)	18 +	18.571	DIS	15.4 %
KESSLER 1994, (EEUU)	15-54	8.098	CIDI	29,5%
COOPER 1995, 12 ciudades (China)	15-59	51.982	PSE(12 ítems)/PSEPSS	3,3%
DESVIAT 1995, Leganés y Pinto (España)	18-65	2.319	GHQ/PSE	11,5 %

* GHQ=General Health Questionnaire; PSE=Present State Examination; DIS=Diagnostic Interview Schedule, CIDI=Composite International Diagnostic Interview, PSS=Psychosis Screening Schedule.

Tabla 22

Distribución de patologías mentales según grupos relacionados por el diagnóstico (GRD). 1992 y 1994

GDR	MEDIA SIN VALORES EXTREMOS		MEDIA		CASOS	
	1992	1994	1992	1994	1982	1994
425. Reacción de adaptación aguda y trastorno de disfunción psicosocial	7,55	7,43	10,53	8,32	1.928	3.756
426. Neurosis depresivas	9,80	9,74	12,28	11,99	2.056	3.706
427. Neurosis excepto depresiva	8,90	8,44	11,48	11,11	965	1.670
428. Trastornos de personalidad y control de impulsos	7,44	7,41	9,69	9,89	1.352	3.433
429. Alteraciones orgánicas y retraso mental	11,28	10,47	15,06	15,05	2.659	4.065
430. Psicosis	16,79	15,36	20,02	19,14	7.629	20.524
431. Trastornos mentales de la infancia	5,85	6,26	7,89	8,19	477	879

Tabla 23

Dispositivos asistenciales de salud mental en España y resultados ponderados de los cuestionarios de calidad de la asistencia, por tipo de dispositivo y comunidad autónoma

	CSM		UHB		UREH		URES		HDIA		CDIA		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	82	58,0%	19	78,5%	8	47,9%	0*		3		9	72,7%	121	61,8%
Aragón	25	40,8%	5	73,7%	4	75,7%	3	75,0%	0		4		41	51,8%
Asturias	19	74,5%	5	66,4%	1	65,7%	1	55,7%	6	78,4%	0		32	73,1%
Islas Baleares	14	66,3%	6		1	74,3%	1		0		2	71,9%	24	67,4%
Canarias	16	55,2%	6	80,4%	2	82,9%	2	78,6%	0		5		31	64,9%
Cantabria	7		1	90,4%	1	63,6%	2		0		1		12	77,0%
Castilla-La Mancha	17	55,3%	6	86,6%	5		6		2		2	65,6%	38	63,7%
Castilla-León	41	60,7%	12	73,8%	5	71,6%	6*	67,5%	1		6	65,6%	71	64,7%
Cataluña	97	63,3%	20	84,5%	10	96,1%	13	92,9%	6	84,5%	45	78,1%	191	73,4%
Extremadura	14	30,6%	4	54,1%	2		2	50,7%	0		1	79,7%	23	39,3%
Galicia	43	49,0%	9	76,0%	3	64,3%	4		6	71,6%	12	60,9%	77	56,8%
Madrid	36	58,8%	12	73,1%	1		2	63,6%	8		13	75,9%	72	65,2%
Murcia	15	50,0%	4	76,4%	1	65,0%	1	22,1%	0		2		23	54,4%
Navarra	9	50,0%	2		1		1		3	89,9%	1		17	60,0%
País Vasco	44	78,1%	6	82,9%	4	82,1%	5	74,6%	10	84,5%	8		77	79,4%
Rioja	6	43,9%	1	98,6%	0		0		0		1		9	50,7%
Valencia	56	60,1%	17	79,5%	3	71,8%	3	80,4%	3	61,5%	3		85	65,4%
Total	542	58,9%	135	77,9%	52	73,8%	52	76,7%	48	79,6%	115	73,7%	944	65,7%

Unidades de larga estancia psiquiátrica dependientes de programas sociosanitarios o sociales

Fuente: Informe sobre la asistencia psiquiátrica en España. 1. Evaluación de Servicios. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1999.

GRÁFICOS 1 y 2 elaborados por Carlos González, a partir de las tablas de la Encuesta Nacional de Salud Mental (1998) [*Psiquiatría Pública* 5(10): 301-337]

GRÁFICO 1

Encuesta Nacional de Salud Mental
Camas psiquiátricas de media y larga estancia

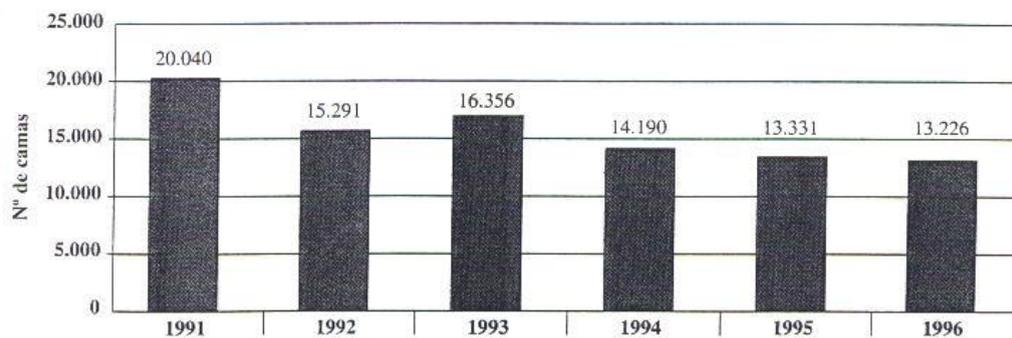
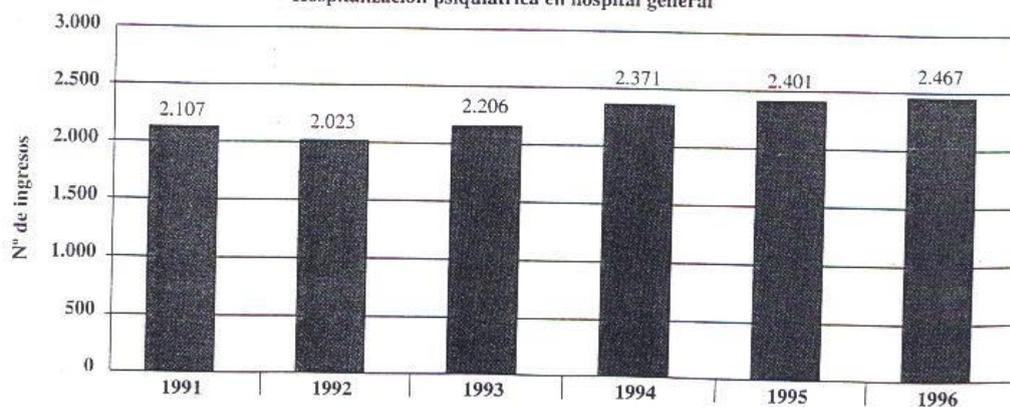


GRÁFICO 2

Encuesta Nacional de Salud Mental
Hospitalización psiquiátrica en hospital general



Nº de unidades	89	84	94	104	105	109
Nº de estancias	33.286	28.762	33.334	37.439	40.946	45.206

Gráficos 26 (Camas psiquiátricas de media y larga estancia) y 27 (Hospitalización psiquiátrica en hospital general)