- 30. M. HERNÁNDEZ MONSALVE, R. HERRERA VALENCIA, La atención a la salud mental de la población reclusa, 2003.
- 31. J. M. ÁLVAREZ, R. ESTEBAN (eds.), Crimen y locura, 2005.
- 32. B. Moreno Küstner, El registro de casos de esquizofrenia de Granada, 2005.
- 33. A. Rey, E. Jordá, F. Dualde y J. M. Bertolín (eds.), Tres siglos de psiquiatría en España (1736-1975), 2006.
- 34. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA, La práctica analítica en las instituciones de Salud Mental, 2005.
- 35. J. LEAL RUBIO, A. ESCUDERO NARS (eds.), La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental, 2006.
- 36. F. Pérez (ed.), Dos décadas tras la reforma psiauiátrica, 2006.
- 37. A. Díez Patricio, R. Luque Luque (eds.), Psicopatología de los síntomas psicóticos, 2006.
- 38. A. Díez Patricio, Análisis del discurso psicótico, 2006.
- 39. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA (eds.), La integración del psicoanálisis en la sociedad de nuestro tiempo, 2007.
- 40. J. M. COMELLES, M. BERNAL (eds.), Salud mental, diversidad v cultura, 2008.
- 41. A. Retolaza (ed.), Trastornos mentales comunes: manual de orientación, 2009
- 42. I. Markez Alonso, A. Fernández Liria, P. PÉREZ-SALES (eds.), Violencia y salud mental Salud mental v violencias institucional, estructral, social y colectiva, 2009.
- 43. J. CARMONA, F. DEL RÍO NORIEGA (eds.), Gestión clínica en salud mental, 2009.
- 44. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA (eds.), El psicoanálisis en lo social y en lo político, 2009.
- 45. Ó. MARTÍNEZ AZUMENDI, N. SAGASTI, O. VILLASANTE (eds.), Del Pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría, 2011.
- 47. M. DESVIAT, A. MORENO (eds.), Acciones de Salud Mental Comunitaria, 2012.
- 48. E. Mollejo Aparicio (coord.), Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia, 2012.
- 49. A. ESPINO GRANADO (coord.), Vida laboral, estrés v salud mental, 2012.
- 50. Ó. Martínez Azumendi, I. González Llona (comps.), Escenarios, 2013.
- 51. D. SIMÓN LORDA, C. GÓMEZ RODRÍGUEZ, A. CIBEIRA VÁZQUEZ, O. VILLASANTE (eds.), Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI, 2013.
- 52. J. SALOMÓN MARTÍNEZ, H. D. SIMOND (eds.), Grupos de terapia multifamiliar. ¿Qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen?, 2013.
- 53. E. RIVAS PADILLA, A. CEVERINO DOMÍNGUEZ (eds.), Teoría y Práctica psicoanalítica de las psicosis,



A. E. N. ESTUDIOS / 54

DE

LA MEJORA DE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

GRAHAM THORNICROFT Y MICHELE TANSELLA

54

ESTUDIOS

Colección Estudios

- 1. M. González Chávez (ed.), La trasnformación de la asistencia psiquiátrica, 1980.
- 2. A. Portera, F. Bermejo (eds.), Demencias, 1980.
- 3. S. MASCARELL (ed.), Aproximación a la histeria, 1980.
- 4. T. Suárez, C. F. Rojero (eds.), Paradigma sistémico y terapia familiar, 1983.
- 5. V. Corcés (ed.), Aproximación dinámica a las psicosis, 1983.
- 6. J. ESPINOSA (ed.), Cronicidad en psiquiatría, 1986.
- 7. J. L. Pedreira Massa (ed.), Gravedad psíquica en la infancia, 1986.
- 8. J. A. Fernández Sanabria, J. Maura Abril, A. Rodríguez Gómez (eds.), I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N., 1986.
- 9. R. INGLOTT (ed.), El quehacer en salud mental, 1989.
- 10. C. CASTILLA DEL PINO (ed.), Criterios de objetivación en psicopatología, 1989.
- 11. A. BAULEO, J. C. DURO, R. VIGNALE (eds.), La concepción operativa de grupo, 1990.
- 12. R. Fernández, M. A. García Carbajosa, J. L. Pe DREIRA MASSA (eds.), La contención, 1990
- 13. M. Desviat (ed.), Epistemología y práctica psiauiátrica, 1990.
- 14. Â. Ingala, R. Gómez, J. Frère, A. González, II v III Jornadas de la Sección de Psicoanálisis, «El malestar en la cultura», 1992.
- 15. P. SANROMÁN VILLALÓN (ed.), Jornadas sobre salud mental y ley. Malos tratos a menores, malos tratos a mujeres, separaciones y divorcios, 1993.
- 16. C. F. ROJERO, T. SUÁREZ (eds.), Psicosis de la infancia y la adolescencia, 1993.
- 17. V. APARICIO BASAURI (ed.), Evaluación de servicios en salud mental, 1993.
- 18. J. Mas Hesse, A. Tesoro Amate (eds.), Mujer y salud mental. Mitos y realidades, 1993.
- 19. A. Fernández Liria, M. Hernández Monsalve, B. Rodríguez Vega (eds.), Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración, 1997.
- 20. R. GÓMEZ ESTEBAN (ed.), Grupos terapéuticos y asistencia pública, 1997.
- 21. J. Leal Rubio (ed.), Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones, 1997.
- 22. C. Polo, Crónica del manicomio, 1999.
- 23. F. Santander (ed.), Ética y praxis psiquiátrica, 2000.
- 24. F. Rivas (ed.), La psicosis en la comunidad, 2000.
- 25. E. GONZÁLEZ, J. M. COMELLES (eds.), Psiquiatría transcultural, 2000.
- 26. F. Carles, I. Muñoz, C. Llor, P. Marset, Psicoanálisis en España (1893-1968), 2000.
- 27. T.Angosto, A. Rodríguez, D. Simón (eds.), Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría, 2001.
- 28. C. GISBERT (ed.), Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental, 2003.
- 29. A. ESPINO, B. OLABARRÍA (eds.), La formación de los profesionales de la salud mental en España, 2003.

LA MEJORA DE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

GRAHAM THORNICROFT Y MICHELE TANSELLA

LA MEJORA DE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA MADRID 2014

- © Los autores
- © Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2014

Traducción de Jose María Copete, con colaboración de ADISAM (Associació Valenciana de Docència i Investigació en Salut Mental).



Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). C/ Magallanes, 1, sótano 2, local 4 / 28015 Madrid / Tel. 636 725 599. www.aen.es

Derechos: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2014 C/ Magallanes, 1, sótano 2, local 4 / 28015 Madrid / Tel. 636 725 599

ISBN: 978-84-95287-73-1 Depósito Legal: BI-1690-2013 Impreso en España. Unión Europea

Impresión: Imprenta Arenas, S.L. Ezequiel Aguirre, 15 bajo, 48930 Las Arenas
 Distribución: LATORRE LITERARIA. Camino Boca Alta, 8-9. Polígono El Malvar.
 28500 Arganda del Rey (Madrid)

Disponible a la venta en: www.tienda-aen.es Ilustración de portada: "La mejora de la salud mental". Pedro Carmona Ortegón (http://cargocollective.com/pco)

Director de la edición: Óscar Martínez Azumendi

Tabla de Contenidos

Comenzando el viaje: el mapa de ruta	9
La salud mental de la población y la atención en la comunidad	15
El contexto histórico	33
La base ética de la atención de salud mental	47
La base de evidencia de la atención de salud mental	69
La base de experiencia en la atención de salud mental	95
La dimensión geográfica: El nivel estatal y el nivel regional	129
La dimensión geográfica: El nivel local	143
La dimensión geográfica: El nivel individual	155
La dimensión temporal: la fase de recursos (input)	167
La dimensión temporal: la fase de proceso	181
La dimensión temporal: la fase de resultados	195
Actividades informadas en favor de una mejor atención de salud mental	209

A finales del siglo pasado, Thornicroft y Tansella publicaron su libro "La matriz de la Salud Mental", del cual este es su actualización.

Solo con esta introducción se podría dar por presentada esta edición. En aquel trabajo, sus autores consiguieron combinar la evidencia científica disponible con la declaración de los principios éticos indispensables en un manual para la mejora a la atención a la Salud Mental. Todo ello usando una perspectiva de salud pública. El resultado fue un texto que constituye una cita imprescindible en cualquier aproximación a la reforma asistencial en el que se consigue magistralmente la integración de los aspectos éticos, datos experimentales y propuestas asistenciales.

El texto actual no se trata, sin embargo, de una reedición y tampoco de una actualización. Quien leyó el anterior encontrará en este muchas cosas nuevas, incluida una renovada visión integrada y de conjunto.

Las bases teóricas e históricas de modelo matricial, la descripción de su estructura y utilización se resumen y recapitulan en los primeros capítulos. Los siguientes detallan los pasos de los itinerarios de reforma, salpicados por las experiencias directas de los autores que han participado en los años transcurridos desde la primera publicación en procesos de mejora de la atención en más de 20 países, sobre todo europeos. Esta aportación, muchas veces puesta en las propias palabras de los participantes, enriquece notablemente el resultado y lo acerca con gran sensibilidad a la experiencia cotidiana. Contribuye a esta proximidad un estilo menos formal que se traduce en consejos personales de tú a tú, sin abandonar la respetabilidad que da la solidez de sus datos.

Para la AEN, comprometida con la transformación y la mejora de la atención a la salud mental, es un privilegio poner este manual a disposición de los lectores de lengua castellana con la intención clara de promover un acercamiento de nuestra realidad a este modelo basado en datos y en valores que compartimos.

Eudoxia Gay Pamos Presidenta AEN

Comenzando el viaje: el mapa de la ruta.

Objetivos del libro: como mejorar el tratamiento de la salud mental

La reforma de los servicios de salud mental se está llevando a cabo actualmente en muchos países. A pesar de que la rapidez y las características locales de estos cambios varían entre países, se percibe claramente la necesidad de un mapa global que pueda asistir a los usuarios de los servicios, a sus familiares y al personal que está llevando a cabo la transformación. En cierto sentido este libro hace de guía y provee una brújula para orientar la dirección del viaje.

Los cambios en el tratamiento de la salud mental que vamos a discutir constituyen reformas en dos sentidos. Por un lado se trata de una reorientación profunda de los principios que guían la forma en la que debe proveerse el tratamiento y el cuidado a las personas con problemas mentales. Por otro lado también se refieren a los cambios en la forma física y en los patrones de asistencia sanitaria -y social-. En este libro vamos a proveer un manual práctico para ayudar a la gente que trabaja en la mejora de los servicios de salud y ofreceremos una guía en relación con tres pilares fundamentales: la fundamentación ética, la evidencia y la experiencia acumulada en estos últimos años.

En primer lugar, la fundamentación ética se refiere al establecimiento de principios fundamentales consensuados que orientan la manera en que debe realizarse la planificación, la provisión y la evaluación. Por ejemplo, ¿es más importante enfatizar la continuidad del tratamiento en un servicio, o debe enfocarse en la accesibilidad, o las dos deben ser prioridades locales? En segundo lugar, subrayaremos, siempre

que sea posible, la importancia de proveer intervenciones y servicios que estén bien fundamentados en la evidencia, por ejemplo aquellos que se han mostrado efectivos en el entorno clínico habitual en revisiones sistemáticas, basadas en los resultados de ensayos clínicos controlados. En tercer lugar, también nos beneficiaremos de distintos tipos de evidencias, tales como el conocimiento derivado de la experiencia acumulada a partir de una práctica clínica bien hecha, especialmente en aquellas áreas que no han estado sujetas a una evaluación formal. Desde nuestro punto de vista, el más importante de estos indicadores es el fundamento ético, ya que este provee el criterio básico para decidir qué tipos de evidencia y experiencia deberían ser más valorados [1].

Una clara limitación de este libro es que parte sobre nuestras propias experiencias en Europa Occidental, y por lo tanto incluye menos información de otros continentes [2;3]. Intentaremos equilibrar esto incluyendo ejemplos aportados por colegas procedentes de 25 países de todo el mundo, en los que describen sus experiencias (tanto positivas como negativas) en el desarrollo de la atención de salud mental, con el objetivo de que las lecciones que ellos han aprendido os puedan servir de ayuda a vosotros también.

Dibujando el mapa: el 'modelo matricial'

Creemos que un mapa es necesario para ayudar a formar los objetivos del servicio y los pasos necesarios para su aplicación. Para que ese mapa sea útil debe ser sencillo. Por lo tanto hemos creado un esquema con dos únicas dimensiones al que llamamos el *modelo matricial*.

Nuestro objetivo es que este modelo ayude a valorar las fortalezas y las debilidades relativas de los servicios locales, y a formular un plan de acción claro para mejorarlos. También esperamos que el modelo matricial os ayude ofreciéndoos una orientación paso a paso que sea clara, pero que también sea lo suficientemente flexible como para poder adaptarse a vuestras circunstancias locales.

Las dos dimensiones de este mapa son el tiempo y el espacio (ver tabla 1.1). El espacio se refiere a tres niveles geográficos: (1) nacional/estatal o regional, (2) local, (3) individual. La segunda dimensión (tiempo) se refiere a tres fases: (A) recursos; (B) procesos y (C) resultados. Usando estas dos dimensiones podemos hacer una matriz de 3x3 para poner sobre la mesa los aspectos importantes del cuidado de la salud mental.

Dimensión espacial	Dimensión temp	ooral	
	(A) Fase de recursos	(B) Fase de proceso	(C) Fase de resultados
(1) Nivel de país o nivel regional	1A	1B	1C
(2) Nivel local	2A	2B	2C
(3) nivel individual	3A	3B	3C

Tabla 1.1. El modelo matricial.

Hemos decidido incluir la dimensión geográfica en la matriz porque creemos que los servicios de salud mental deberían ser organizados principalmente a nivel local para que lleguen a los que lo necesiten. Sin embargo, algunos de los factores más importantes se deciden a nivel regional o nacional, como, por ejemplo la asignación del presupuesto total al sector de la salud mental. En este sentido, por lo tanto, el nivel local actúa como una lente para que las políticas y los recursos se orienten de manera más efectiva en beneficio de los usuarios.

Hemos seleccionado el tiempo como la otra dimensión organizadora, ya que vemos una clara serie de acontecimientos que fluyen desde los recursos a los procesos y, finalmente, a los resultados. Desde nuestro punto de vista los resultados deben ser el elemento más importante y el sistema de salud mental en su totalidad debe ser juzgado por los resultados que obtiene.

Uno de nuestros objetivos es que este modelo matricial pueda ayudar, en cierta medida, al diagnóstico preciso de los servicios de salud mental disfuncionales para que se puedan llevar a cabo reformas en los niveles adecuados y así mejorar la atención. Al mismo tiempo no se pretende que este modelo sea rígidamente normativo. Por lo tanto, se puede tomar como una herramienta para el análisis de problemas, y en la toma de decisiones sobre las acciones a llevar a cabo. Por eso, os animamos a que adaptéis estas ideas a vuestra situación local y así maximizar su utilidad.

Ejemplos de uso del modelo matricial.

El uso práctico del modelo matricial es el tema central de este libro. Un ejemplo de ello es la manera en que el modelo puede ayudarnos a entender qué factores contribuyen a un buen resultado en el caso de una persona con un episodio agudo

de enfermedad mental grave, a quien se está tratando en su domicilio. Un resultado así a menudo se ve como un éxito para los profesionales que trabajan en el *nivel individual*, pero que de hecho también dependen de las decisiones hechas en el *nivel local* (p.ej. la provisión de servicios de tratamiento en el hogar), y además parten de las políticas y los recursos decididos en el nivel nacional (p.ej. aquellos destinados a desarrollar la atención comunitaria).

Como usar los recursos y las ideas de este libro

Para que podáis maximizar la utilidad de este libro proporcionaremos una serie de recursos entre los que podréis escoger. Las ideas principales estarán presentes en el texto, acompañadas por cuadros y tablas que las mostrarán gráficamente. Además, se ofrecerán cuadros de texto que incluirán citas relevantes, hechas por usuarios, familiares y profesionales, sobre sus experiencias, y enlazados a los temas de cada capítulo. Habrá también cuadros con ejemplos de buenas prácticas sobre temas específicos. A través del texto aparecerán referencias a la literatura esencial sobre el tema, con sus detalles citados al final de cada capítulo, por si quisierais recurrir a las fuentes primarias. Hemos intentado eliminar del libro todo tipo de jerga profesional y al final de cada capítulo se puede encontrar un resumen de los puntos principales para repasar los principales temas tratados.

Aunque intentaremos hacer un uso equilibrado y justo de la evidencia de investigación disponible también tenemos que decir que no somos neutrales. Nos gustaría dejar claras cuáles son nuestras propias tendencias y sesgos. Los dos autores hemos estudiado medicina y nos situamos en las tradiciones de la epistemología psiquiátrica y de la salud pública. En base a estas tradiciones damos un gran valor al enfoque basado en la evidencia. Además, a partir de nuestra propia experiencia, creemos en la importancia de una interacción directa entre la práctica clínica y la investigación, algo que debería ser beneficioso para ambas. De hecho consideramos que sólo el modelo médico (sin tener en consideración los factores económicos, psicológicos y sociales) es insuficiente para comprender la total complejidad de los trastornos mentales, sus causas y las consecuencias para las personas que los padecen y sus familiares.

Este nuevo libro está escrito siguiendo nuestro libro anterior, *La matriz de la salud mental* [4]. Nuestro enfoque sigue siendo el mismo; cómo ofrecer ideas prácticas y útiles para aquellos que intentan mejorar los servicios de salud mental.

Aunque el libro anterior fue escrito teniendo en mente un conjunto de lectores más orientados a la investigación ahora intentamos proporcionar ideas útiles a un colectivo mucho más amplio que incluye usuarios, familiares, profesionales y estudiantes de las profesiones de salud mental, y, por lo tanto, las ideas centrales se presentan directamente en relación con ejemplos de la práctica clínica. En segundo lugar, hemos actualizado significativamente el conjunto de las evidencias, las cuales han cambiado mucho a lo largo de las últimas décadas. En tercer lugar, habiendo discutido a lo largo de los últimos años el modelo matricial con muchos colegas de todo el mundo, es evidente que debe ser considerado como un enfoque para ser adaptado de forma flexible y de acuerdo con las circunstancias locales, en países con pocos, medios o muchos recursos. Por esta razón incluimos muchos ejemplos reales de colegas que han intentado mejorar las cosas, y que a veces lo han conseguido y otras veces no.

Puntos importantes en este capítulo

- El modelo matricial puede usarse como un mapa para guiar decisiones sobre cómo mejorar los servicios de salud mental.
- El modelo matricial incluye dos dimensiones: tiempo (recursos, proceso y resultados) y espacio (niveles nacional, local e individual).
- Las necesidades de planificación deben considerar el conocimiento de tres ámbitos: la ética, la evidencia y la experiencia.

REFERENCIAS

- Thornicroft G and Tansella M. Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. Psychol. Med. 1999; 29(4):761

 –767.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B and Kleinman A. World Mental Health. Problems and Priorities in Low Income Countries. Oxford: Oxford University Press; 1995.
- Ben-Tovim D. Development Psychiatry. Mental Health and Primary Health Care in Botswana. London: Tavistock; 1987.
- Thornicroft G and Tansella M. The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.

La salud mental de la población y la atención en la comunidad.

¿Qué significa comunidad?

Para comenzar discutiremos esta cuestión fundamental: ¿qué significa 'comunidad'? La tabla 2.1 muestra cinco definiciones de 'comunidad' seleccionadas del *Concise Oxford Dictionary*. En relación con el objetivo de este libro, los dos primeros significados ('toda la gente que vive en una misma localidad', 'una localidad específica, incluyendo sus habitantes'), son muy importantes ya que reflejan nuestra visión de que los servicios de salud mental se organizan mejor por áreas locales definidas, para *todos* los residentes locales que necesitan tratamiento o atención. Dentro de cualquier población local lo más probable es que haya sub-grupos específicos con riesgo de trastornos mentales, o que necesiten servicios distintos. Esos grupos incluyen inmigrantes, personas sin hogar, o los que están expuestos a algún factor de riesgo biológico o medioambiental tales como una catástrofe o el duelo.

Las dos últimas definiciones mostradas en la tabla 2.1 también tienen implicaciones importantes, en concreto cuando 'comunidad' hace referencia a la 'asociación de intereses del público en general' como un todo. De hecho esta comunidad de ciudadanos más amplia delega la responsabilidad de la atención de las personas mentalmente enfermas en los servicios de salud mental. Un aspecto de este enfoque es que se supone que el personal de salud mental ha de proveer un servicio público no sólo en cuanto al tratamiento, sino también con la reclusión o la contención de aquellas personas que arriesguen la seguridad pública.

Tabla 2.1. Definiciones de 'comunidad'.

Comunidad

- (1) Toda la gente que vive en una localidad específica.
- (2) Una localidad específica con sus habitantes.
- (3) Conjunto de personas que tienen una religión, una profesión, etc., en común (p. ej. la comunidad inmigrante).
- (4) Asociación de intereses, etc.; de manera similar (comunidad de intelecto).
- (5) El público.

Fuente: Concise Oxford Dictionary [1]

La definición de 'atención comunitaria' y 'salud mental comunitaria'.

En esencia, 'atención comunitaria' significa servicios cerca del hogar. El término 'atención comunitaria', por ejemplo, fue usado por primera vez, de forma oficial, en Gran Bretaña en 1957 [2,3,4], y su desarrollo histórico se ha interpretado de cuatro maneras con los siguientes significados: (i) atención fuera de las grandes instituciones; (ii) servicios profesionales ofertados fuera de los hospitales; (iii) atención por la comunidad o (iv) normalización de la vida habitual [5]. Teniendo en cuenta estos significados del término 'comunidad', ¿cómo pueden definirse los servicios de salud mental comunitarios? La tabla 2.2 muestra una selección de las principales definiciones que han aparecido a lo largo de los últimos 35 años.

Nuestra visión de que el servicio de salud mental moderno ha de mantener un equilibrio entre la atención basada en el hospital y la atención basada en la comunidad es consustancial con esta definición más reciente que reemplaza la del sistema tradicional, basado en la custodia por parte de grandes hospitales psiquiátricos y en las consultas externas, y que ofrece un seguimiento que, generalmente, limita el tratamiento a la medicación [6].

El planteamiento de la salud mental en salud pública

¿Qué significa el 'enfoque de la salud pública'? Los orígenes del enfoque de salud pública parten del concepto de 'medicina social' que Virchow introdujo en

Alemania en 1948 [7], proponiendo la reforma de la medicina sobre la base de cuatro principios:

- (1) La salud de las personas es una cuestión de preocupación social directa.
- (2) Los factores sociales y económicos tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad, y estas relaciones deben ser objeto de investigaciones científicas.
- (3) Las medidas para promover la salud y para contener la enfermedad deben ser tanto sociales como médicas.
 - (4) Las estadísticas médicas serán nuestros estándares de medición.

Los médicos son los abogados naturales de los pobres y las cuestiones sociales caen la mayoría de las veces dentro de su jurisdicción. (Rudolf Virchow, *Medizinis-che Reform* (1948), Sheperd (1983) [8]).

El enfoque de salud pública trata principalmente de la salud de las poblaciones, no de la de los individuos. A pesar de que las poblaciones están claramente compuestas por individuos, el enfoque individual y el enfoque de población son bastante distintos en muchos aspectos. Las mediciones de morbilidad, explicaciones de posibles causas, y las necesarias intervenciones pueden ser enteramente diferentes o pueden requerir estrategias alternativas en estos dos niveles.

Tabla 2.2. Diferentes definiciones de los servicios de salud mental comunitaria

G. F. Rehin v F. M. Martin (1963)

Cualquier programa dirigido a proveer atención y tratamiento fuera de la institución ... a facilitar la identificación temprana de la enfermedad mental o de la recaída, su tratamiento de manera sencilla y sin protocolos, y a suministrar algún servicio de trabajo social para facilitar el seguimiento o el apoyo en la comunidad (citado en Bennett y Freeman, 1991).

M. Sabshin (1966)

La utilización de las técnicas, métodos y teorías de la psiquiatría social, así como las de las otras ciencias del comportamiento, para investigar y responder a las necesidades de la enfermedad mental de una población definida geográfica y funcionalmente durante un período significativo de tiempo, y la retroalimentación de información para modificar el cuerpo central de las ciencias de la salud mental y otras ciencias o cuerpos de conocimiento del comportamiento.

R. Freudenberg (1967)

La comunidad psiquiátrica asume que la gente con trastornos de salud mental puede ser ayudada más efectivamente cuando se mantienen los lazos con la familia, con los amigos, con los compañeros de trabajo y con la sociedad en general, e intenta suministrar servicios preventivos, de tratamiento y de rehabilitación para un distrito, lo que significa que las medidas terapéuticas van más allá del paciente individual.

G. Serban (1977)

La psiquiatría comunitaria tiene tres aspectos: el primero, un movimiento social; el segundo, una estrategia de prestación del servicio, enfatizando la accesibilidad de los servicios y la aceptación de responsabilidad sobre las necesidades de salud mental de la población en su conjunto; y en tercer lugar, proporcionar la mejor atención clínica posible, poniendo el énfasis en los trastornos de salud mental de mayor calado y en el tratamiento fuera de las instituciones totales.

D. Bennett (1978)

La psiquiatría comunitaria no se encarga únicamente de las necesidades de salud mental de los pacientes individuales, sino también de la población del distrito, no solamente de aquellos a quienes se les ha denominado como enfermos, sino también de aquellos que podrían estar contribuyendo a la enfermedad y que su salud y bienestar pueden también estar en riesgo.

M. Tansella (1986)

Un sistema de atención destinado a una población determinada y basado en un servicio de salud mental integrado e integral que incluye dispositivos ambulatorios, centros de formación de día y con alojamiento, alojamiento en albergues, talleres protegidos y unidades de pacientes internos en hospitales generales y que asegura, por medio del trabajo de un equipo multidisciplinar, un diagnóstico temprano, un tratamiento rápido, una continuidad de cuidados, apoyo social y un enlace estrecho con otros servicios médicos y sociales comunitarios y, en especial, con los médicos de cabecera.

G. Strathdee and G. Thronicroft (1997)

La red de servicios que ofrece un tratamiento continuado, alojamiento, ocupación y apoyo social y que al mismo tiempo ayuda a las personas con problemas de salud mental a retomar sus roles sociales normales.

G. Thornicroft y M. Tansella (1999)

Un servicio de salud mental comunitario es aquel que suministra un abanico completo de cuidados efectivos de salud mental a una determinada población, y que se dedica a tratar y ayudar a la gente con trastornos mentales, en proporción a su nivel de sufrimiento o de malestar, en colaboración con otras agencias locales.

Los psiquiatras, a diferencia de los sociólogos, generalmente parecen no ser conscientes de la existencia e importancia del estado de salud mental de las poblaciones en su conjunto, su preocupación se centra en el individuo enfermo. (G. Rose, 1993 [9])

Quisiéramos enfatizar la necesidad de que los profesionales de la salud mental entiendan, además del enfoque de salud individual, el enfoque de salud mental que comparamos en la tabla 2.3.

Tabla 2.3 Comparación entre el enfoque de salud pública y el de salud individual

Enfoque de salud pública	Enfoque de salud individual
(1) Visión total de la población	(1) Visión parcial de la población
(2) Los pacientes son vistos en el contexto socioeconómico	(2) Tiende a excluir los factores contextuales
(3) Interesado en la prevención primaria	(3) Se interesa por el tratamiento más que por la prevención
(4) Intervenciones individuales y hacia toda la población	(4) Sólo intervenciones a nivel individual
(5) Los componentes del servicio son vistos en el contexto del conjunto del sistema	(5) Los componentes del servicio son vistos de forma aislada
(6) Servicios de acceso universal, según necesidad	(6) El acceso al servicio depende de algún criterio, p. ej. de la edad, el diagnóstico o del seguro médico de cobertura
(7) Se prefiere el trabajo en equipo	(7) Se prefiere el terapeuta individual
(8) Perspectiva a largo-plazo y a lo largo del ciclo de la vida	(8) Perspectiva a corto plazo centrada en el episodio
(9) Coste-efectividad visto en términos de la población	(9) Coste-efectividad visto en términos individuales

Las necesidades del enfermo mental no se pueden encomendar sin riesgos a la 'mano invisible' de las fuerzas del mercado . . . los servicios de salud mental deberían estar basados en principios igualitarios, no simplemente como un imperativo moral, sino porque un sistema socialmente justo de provisión es con diferencia el más efectivo para la salud de una nación (B. Cooper, 1995 [10])

El impacto de los trastornos mentales en la salud pública

El impacto de los trastornos mentales en la salud pública se puede juzgar de acuerdo con los criterios siguientes: (i) frecuencia; (ii) gravedad y consecuencias; (iii) disponibilidad de las intervenciones y (iv) aceptabilidad de las mismas.

En primer lugar, en términos de *frecuencia*, las enfermedades mentales son comunes. Por ejemplo, La encuesta por medio de entrevistas directas realizadas en los hogares de más de 60.000 adultos en 2001-2003 en 40 países, mostró que la prevalencia del conjunto de los trastornos mentales durante el último año es variable, con prevalencias entre 9,1% y 16,1% en la mayoría de países [11;12]. De forma específica, una encuesta nacional en los Estados Unidos encontró que la prevalencia de enfermedad mental no ha cambiado entre 1990 y 2003 [13]. En comparación, se estima que el número total de personas con esquizofrenia en los países económicamente menos desarrollados ha crecido de 16.7 millones en 1985 a 24.4 millones en el año 2000 [14], manteniéndose las elevadas proporciones de personas que no son tratadas, incluso en aquellos países con un alto nivel de recursos [12,15,16].

En segundo lugar, por lo que respecta a la gravedad, la enfermedad mental puede disminuir la esperanza de vida e interferir con la vida normal personal y social [17-19]. En términos de mortalidad, esta problemática contribuye un 8,1% al conjunto de años de vida perdidos evitables, en comparación, por ejemplo, con el 9,0% de las enfermedades respiratorias, el 5,8% de todas las formas de cáncer, y un 4,4% de las enfermedades del corazón [14;20]. Con respecto a la mortalidad y discapacidad combinadas, el Banco Mundial la ha calculado en términos de la Carga Global de Enfermedad de los diferentes trastornos, medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Estos se definen como la suma de los años de vida perdidos por mortalidad prematura, junto con los años de vida vividos con discapacidad, ajustados por la gravedad de la discapacidad. Se estima que un 12,0% de los AVAD en todo el mundo están causados por trastornos psiquiátricos y del comportamiento, superando incluso la carga global de los problemas cardiovasculares (9.7%) y los tumores malignos (5.1%) [18;21]. En comparación, el gasto medio global destinado a los trastornos mentales es de sólo un 2,0% de los presupuestos nacionales de salud [18].

La depresión, el trastorno mental más frecuente, es la causa más importante de esa carga global entre todas las enfermedades mentales. Se espera que la proporción de todas las AVAD que son atribuibles a la depresión aumente de 3,7% a 5,7%

entre 1990 y 2020, trasladándose de un cuarto a un segundo puesto en el ranking general [22-25].

Los trastornos mentales también pueden tener *consecuencias* importantes, tanto para las personas que las padecen como para sus familias. Para las personas afectadas, las consecuencias incluyen el sufrimiento causado por los síntomas, una peor calidad de vida, la pérdida de independencia y capacidad de trabajo, así como un peor nivel de integración social [26-28]. Para los miembros de la familia hay una carga adicional debido a los cuidados y una disminución de la productividad económica [17].

En tercer lugar, por lo que respecta a la disponibilidad de las intervenciones, el enfoque de salud pública implica que la ayuda debe estar disponible y accesible en proporción a las necesidades [29]. Curiosamente, la investigación sugiere que generalmente esto no es así. En el amplio estudio de prevalencia de las enfermedades mentales llevado a cabo en los Estados Unidos que ya hemos mencionado [13], la proporción de personas con enfermedad mental que recibió tratamiento aumentó de 20,3% a 32,9% entre 1990 y 2003 [13]. Por otra parte, en 2003, aproximadamente sólo la mitad de las personas que recibieron tratamiento padecían estados que cumplían criterios diagnósticos, y por lo tanto corrían el riesgo de ser perjudicados por tratamientos innecesarios sin perspectivas de beneficiarse de ellos. Esto significa que el sistema de salud de los EE.UU. tiene la capacidad de tratar hasta dos tercios de las personas con enfermedades mentales evidentes, pero que de hecho solamente trata un tercio. En otras palabras, incluso en un país de ingresos altos, la mayoría de las personas con enfermedades mentales no recibió ningún tratamiento profesional. Aquí hay una paradoja. Mientras los trastornos mentales son muy comunes, la mayoría de las personas afectadas no reciben tratamiento. Sin embargo, imucha gente que recibe tratamiento por enfermedad mental en realidad no está enferma!

Esto pone sobre la mesa dos temas importantes, la cobertura y el ajuste o adecuación. La cobertura significa la proporción de personas que pueden beneficiarse de un tratamiento y que, en realidad, lo están recibiendo [30,31]. El ajuste hace referencia a la medida en que las personas que reciben un tratamiento lo necesitan realmente. En otras palabras, ¿padecen alguna forma de enfermedad mental [32]? Incluso en los países con más recursos encontramos tanto bajos niveles de cobertura como de adecuación. La Región Europea de la Organización Mundial de la Salud tiene un plan de acción que insta a los gobiernos a suministrar atención efectiva a las personas con enfermedad mental [33-35]. Sin embargo, un estudio comparativo internacional sobre la depresión llegó a la conclusión de que el 0% de los pacientes con depresión en San Petersburgo fueron tratados con anti-depresivos en atención

primaria, y sólo el 3% fueron derivados a atención especializada. La incapacidad de los pacientes para pagar de su bolsillo el coste de la atención fue la razón por la que el 75% de los pacientes rusos con depresión no recibieron un tratamiento [36]. Por lo tanto, desde el enfoque de la salud pública, la cuestión principal es el uso adecuado de recursos, cualquiera que sea el nivel de los recursos realmente disponibles, es decir, aumentar la cobertura y la adecuación.

El gráfico 2.1 muestra la relación entre la verdadera prevalencia y la tratada. La prevalencia verdadera significa el número total de casos de unas determinadas características, en un área determinada. La prevalencia tratada, por el contrario, se refiere a la fracción de este número de casos que están recibiendo atención. En un estudio basado en la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (R-ENC¹) sobre 4.319 participantes, representativos de la población general en los EUA (A, 100%), la prevalencia verdadera de todos los trastornos emocionales fue el 30,5% (B) de los encuestados, mientras que el 20,1% de todos los participantes recibieron tratamiento por cualquier trastorno mental (C) [13]. Entre el grupo C, la mitad de estas personas no tenían ningún trastorno emocional en el momento del tratamiento. La Tabla 2.4 resume esta información numéricamente.

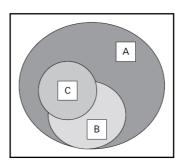


Gráfico 2.1 relaciones entre la verdadera prevalencia y la prevalencia tratada. A = población adulta total, B = prevalencia verdadera, C = prevalencia tratada.

Tabla 2.4 Datos de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (R-ENC) sobre la prevalencia anual verdadera y tratada de los trastornos emocionales entre los adultos en la población general.

	Tratado	No tratado	Total
Trastorno emocional	10.07 %	20.43 %	30.50 %
Trastorno no emocional	10.03 %	59.47 %	69.50 %
Total	20.10 %	79.90 %	100 %

¹ En el original, National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Nota del T.

En un estudio similar en países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos y España), utilizando los mismos métodos que la R-ENC, entre 7.731 participantes, la verdadera prevalencia de todos los trastornos emocionales fue 11,7% y la prevalencia de personas tratadas fue de 6,1% de todos los encuestados [37] (Tabla 2.5).

Tabla 2.5 Tasas europeas de prevalencia anual verdadera y tratada de los trastornos emocionales entre adultos en la población general.

	Tratado	No tratado	Total
Trastorno emocional	2.6 %	9.1 %	11.7% (prevalencia verdadera)
Trastorno no emocional	3.5 %	84.8 %	88.3 %
Total	6.1 % (prevalencia tratada)	93.9 %	100 %

Curiosamente, entre los que fueron tratados, la mayoría no tenían ningún trastorno. Por lo tanto, a pesar de las grandes diferencias en las prevalencias globales entre los EE.UU. y Europa, lo que los servicios de salud mental tienen en común es la incapacidad de enfocar sus limitados recursos sobre las personas que realmente padecen una enfermedad mental.

En cuarto lugar, en relación con la *aceptabilidad* de los servicios de salud mental, tres cuestiones básicas tienen una gran importancia: el conocimiento público sobre las enfermedades mentales (por lo general muy limitado y caracterizado por la ignorancia o la desinformación), la actitud del público hacia las personas con enfermedades mentales (en gran parte temerosa, mostrando prejuicios) y la conducta pública tanto hacia las personas con enfermedad mental como hacia los servicios de salud mental (por lo general discriminatoria) [38, 39]. El alcance de la estigmatización y las reacciones discriminatorias muestran algunas diferencias dependiendo de la cultura, pero su presencia parece ser universal.

Al mismo tiempo, se están acumulando evidencias de intervenciones que han tenido éxito para reducir el estigma [40, 41]. A nivel estatal, las campañas de sensibilización de la población han mostrado hasta ahora algunas mejoras a corto plazo, por ejemplo, en el conocimiento y las actitudes hacia la depresión [42, 43]. A nivel local, varios estudios de intervención han demostrado los beneficios de las intervenciones educativas específicas para reducir el estigma, por ejemplo, con agentes de policía o con estudiantes [28, 44-46]. Curiosamente, las evidencias más sólidas sobre la disminución del estigma han mostrado que lo que influye de forma signi-

ficativa es, precisamente, el contacto personal directo, a nivel individual, con las personas con enfermedad mental [38].

La prevención como un componente del enfoque de salud pública

El enfoque de salud pública ofrece una ventaja adicional, ya que considera la *prevención* de los trastornos y no solamente su tratamiento. Aunque existen pocas evidencias de que la prevención primaria de los trastornos mentales haya sido efectiva de forma generalizada [47-49], la asociación entre el contexto social y las enfermedades mentales está bien establecida. La calidad del ambiente social de una persona, por ejemplo, "está estrechamente relacionado con el riesgo de sufrir una enfermedad mental, con el desencadenamiento de un episodio de la enfermedad, y con la probabilidad de que la enfermedad se convierta en crónica". [14]

La pobreza parece ser un factor crucial en muchas de estas relaciones complejas (véanse los gráficos 2.2 y 2.3). La asociación entre bajos ingresos y mala salud es evidente y puede ser directa o indirecta [50, 51]. De hecho, el impacto acumulativo de la pobreza puede producir efectos persistentes sobre el funcionamiento físico, cognitivo, psicológico y social [52-54].

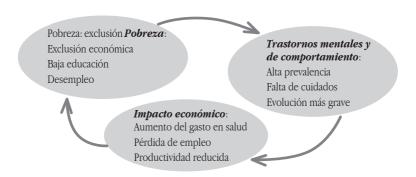


Gráfico 2.2 El círculo vicioso que conecta los trastornos mentales, el impacto económico y la pobreza.

Fuente: Organización Mundial de la Salud [18]. Reproducido con permiso.

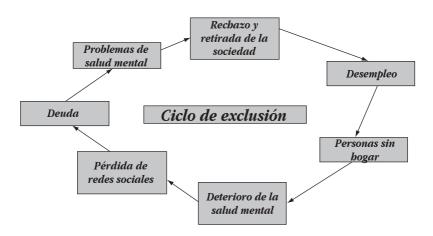


Gráfico 2.3 Las relaciones complejas entre la enfermedad mental y la exclusión social. Fuente: Unidad de Exclusión Social [26]. Reproducido con permiso.

Tradicionalmente, la prevención ha sido descrita en tres niveles: primario, secundario y terciario [55]. La prevención primaria se refiere a las medidas que impiden la aparición de la enfermedad. La prevención secundaria se refiere a la detección temprana de aquellas personas con una determinada enfermedad, por lo general mediante una evaluación de cribado, en las que un tratamiento precoz puede mejorar significativamente la evolución y el resultado de la enfermedad. La prevención terciaria incluye aquellas medidas que disminuyen la discapacidad derivada de una dolencia ya establecida. Este marco de trabajo es más útil en las áreas de atención a la salud en las que las causas están bien identificadas, el tiempo entre la acción de un factor causal y el comienzo de la dolencia es relativamente corto, donde solamente hay una causa primaria, y donde el procedimiento de detección precoz es simple, eficaz y aceptable. Sólo el último de estos criterios se aplica generalmente a la mayoría de los trastornos mentales.

Otro punto de vista es ver las tres etapas de prevención, tratamiento y rehabilitación como un continuo, y definir la prevención de tres maneras: *universal*, *selectiva* e *indicada* [47-49]. Las intervenciones *universales* se dirigen a toda la población y son menos importantes en esta etapa de las que aún tenemos un escaso conocimiento acerca de cómo prevenir las enfermedades mentales. Las intervenciones *selectivas* se dirigen a las personas en situación de riesgo, y puesto que los factores de riesgo se identifican más a menudo que las causas, en el futuro

podemos esperar que se preste una mayor atención a este tipo de medidas seleccionadas. Las intervenciones *indicadas* están dirigidas a las personas con alto riesgo, o para aquellas que padecen las características iniciales de la enfermedad.

En efecto, el enfoque de la prevención universal es una estrategia basada en la población [56], que tiene como objetivo lograr la prevención, no centrándose en un número pequeño de individuos de alto riesgo, sino una proporción mucho más grande de la población. El poder de esta estrategia es que "un gran número de personas expuestas a un pequeño riesgo genera muchos más casos que un pequeño número de personas expuestas a un alto riesgo" [9]. Por lo que respecta a los trastornos mentales, este análisis podría llevarnos a disminuir la exposición de la población a factores de riesgo psicosociales o biológicos, no sólo de los individuos de alto riesgo, sino también de toda la comunidad. Por el contrario, las estrategias de prevención que se centran en los *individuos de alto riesgo* intentan reducir el impacto de uno o más factores de riesgo del trastorno mental.

Los objetivos del servicio de salud mental

Llegados a este punto nos es posible determinar los objetivos de los servicios de salud mental. En otras palabras: ¿cuál es su finalidad? En términos del modelo matricial, estos objetivos pueden describirse a nivel estatal, local o individual, tal y como se muestra en las Tablas 2.6 a 2.8.

Tabla 2.6 Objetivos de los servicios de salud mental en los niveles estatal/nacional y regional

- Recibir información desde el nivel local.
- Combinar e interpretar los datos sobre problemas específicos y examinar las principales asociaciones (por ejemplo, entre el abuso de alcohol y la violencia).
- Definir una jerarquía de prioridades.
- Crear un plan estratégico nacional de salud mental.
- Establecer un programa de ejecución para poner en práctica la estrategia nacional.
- Supervisar el funcionamiento de los servicios locales de salud mental mediante un sistema de inspección, servicios de calificación que apliquen normas y criterios consensuados.
- Crear, evaluar y difundir directrices y protocolos de tratamiento.

Tabla 2.7 Objetivos de los servicios de salud mental en el nivel local

- Proporcionar cobertura de los servicios de salud mental a las personas que necesiten tratamiento.
- Dirigir los servicios solamente a las personas que puedan beneficiarse del tratamiento y la atención.
- Mejorar la calidad de los servicios de tratamiento y atención, por ejemplo, mediante la evaluación del grado en que las intervenciones se realizan de acuerdo con directrices y protocolos.
- Colaborar con otras agencias locales para proporcionar una red o sistema de cuidados, por ejemplo, incluyendo enlaces con la atención primaria o las agencias de vivienda.
- Llevar a cabo programas de prevención seleccionados y adecuados.
- Detección temprana de los cambios de la naturaleza o la frecuencia de los trastornos mentales en el nivel local [57].

Tabla 2.8 Objetivos de los servicios de salud mental en el nivel individual

- Evaluar las necesidades de salud mental.
- Cubrir las necesidades y eliminar los síntomas, siempre que sea posible.
- Garantizar la participación de las personas con enfermedad mental (y sus familiares) en la evaluación, el tratamiento y la atención.
- Promover la independencia.
- Proporcionar información útil para las personas con enfermedad mental y sus familiares.
- Ayudar en la recuperación y la participación social.
- · Prevenir recaídas.

Por otro lado, pueden aparecer conflictos entre los diferentes objetivos legítimos del servicio de salud mental. Por ejemplo, puede haber un conflicto directo entre la necesidad de confidencialidad de un individuo y las necesidades *locales* de otros organismos de conocer la identidad de las personas con enfermedades mentales que tienen un historial de violencia. Un segundo conflicto podría darse entre la elección del tratamiento (o el rechazo al tratamiento) de un paciente *individual*, y las exigencias de los familiares (o vecinos de su área *local*), si el comportamiento de la persona se vuelve excesivamente perturbado. En este caso el servicio de salud mental puede buscar el cumplimiento de dos objetivos simultáneamente: proporcionar tratamiento y atención a la persona con enfermedad mental, y ofrecer un respiro y protección a los miembros de la familia y otras personas cercanas.

Los puntos principales de este capítulo

- La "atención comunitaria" significa tener servicios cerca del hogar.
- Un servicio de salud mental moderno supone un equilibrio entre la atención basada en la comunidad y la atención hospitalaria.
- El enfoque de salud pública se ocupa principalmente de la salud de las poblaciones, no la de los individuos.
- Las enfermedades mentales aportan alrededor de un 12% de la carga mundial de morbilidad.
- La depresión, el trastorno mental más común, es la principal causa de carga mundial entre todas las enfermedades mentales.
- Mientras que los trastornos mentales son muy comunes, la mayoría de las personas afectadas no reciben ningún tratamiento.
- Incluso en los países con más recursos, las tasas de cobertura (es decir, la proporción de personas que podrían beneficiarse de un tratamiento y las que realmente lo reciben) son bajas.
- Del mismo modo, con frecuencia, los servicios están mal *ajustados* (en el sentido de hasta qué punto aquellas personas que reciben un tratamiento realmente lo necesitan).

REFERENCIAS

- Soanes C and Stevenson A. Concise Oxford English Dictionary. 11th edn. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- Ministry of Health. Report on the Royal Commission on Mental Illness and Mental Deficiency. London: HMSO; 1957.
- Beer D, Jones E and Lipsedge M. History of psychiatric disorders and treatments. Curr. Opin. Psychiatry 2000; 13: 709–715.
- Bartlett P and Wright D. The History of Care in the Community 1750–2000. London: Athlone Press; 1999.
- 5. Bulmer M. The Social Basis of Community Care. London: Allen & Unwin; 1987.
- Thomicroft G and Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. Br. J. Psychiatry 2004; 185: 283–290. Chapter 2. Mental health of the population 15
- Eisenberg L. Rudolf Ludwig Karl Virchow, where are you now that we need you? Am. J. Med. 1984; 77(3): 524–532.
- Shepherd M. The origins and directions of social psychiatry. Integr. Psychiatry 1983; September/ October: 86–88.

- 9. Rose G. Mental disorder and the strategies of prevention. Psychol. Med. 1993; 23: 553–555.
- 10. Cooper B. Do we still need social psychiatry? Psychiatrica Fennica 1995; 26: 9-20.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004; 291(21): 2581–2590.
- Wang PS, Guilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet 2007; 370(9590): 841–850.
- 13. Kessler RC, Demler O, Frank RG, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. N. Engl. J. Med. 2005; 352(24): 2515–2523.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B and Kleinman A. World Mental Health. Problems and Priorities in Low Income Countries. Oxford: Oxford University Press; 1995.
- 15. Thornicroft G. Most people with mental illness are not treated. Lancet 2007; 370 (9590): 807–808.
- Saxena S, Thornicroft G, Knapp M and Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. Lancet 2007; 370(9590): 878–889.
- 17. Thornicroft G, Tansella M, Becker T, et al. The personal impact of schizophrenia in Europe. Schizophr. Res. 2004; 69(2–3): 125–132.
- World Health Organisation. World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. Lancet 2007; 370 (9590): 859

 –877.
- Harris EC and Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. Br. J. Psychiatry 1998; 173: 11–53.
- 21. Kohn R, Saxena S, Levav I and Saraceno B. Treatment gap in mental health care. Bull. World Health Organ. 2004; 82: 858–866.
- Murray C and Lopez A. The Global Burden of Disease, Vol. 1. A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990, and Projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet 2007; 370(9590): 851–858.
- Chisholm D, Flisher A, Lund C, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. Lancet 2007; 370(9594): 1241–1252.
- Chisholm D, Sanderson K, Yuso-Mateos JL and Saxena S. Reducing the global burden of depression: population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. Br. J. Psychiatry 2004; 184: 393

 –403.
- Social Exclusion Unit. Mental Health and Social Exclusion. London: Office of the Deputy Prime Minister; 2004.
- 27. Sayce L and Curran C. Tackling social exclusion across Europe. In Knapp M, McDaid D, Mossialos E and Thornicroft G (Eds.). Mental Health Policy and
- Chapter 2. Mental health of the population Practice Across Europe. The Future Direction of Mental Health Care. Milton Keynes: Open University Press; 2006.

- Sartorius N and Schulze H. Reducing the Stigma of Mental Illness. A Report From a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
- 29. Thomicroft G, Becker T, Knapp M, et al. International Outcome Measures in Mental Health. Quality of Life, Needs, Service Satisfaction, Costs and Impact on Carers. London: Gaskell, Royal College of Psychiatrists; 2005.
- Habicht JP, Mason JP and Tabatabai H. Basic concepts for the design of evaluations during programme implementation. In SahnDR, LockwoodRand ScrimshawNS (Eds.). Methods for the Evaluation of the Impact of Food and Nutrition Programmes. Food and Nutrition Bulletin. Suppl. 8. New York: The United Nations University; 1984. 1–25.
- Alonso J, Codony M, Kovess V, et al. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. Br. J. Psychiatry 2007; 190: 299–306.
- 32. Tansella M. Recent advances in depression. Where are we going? Epidemiologia e Psichiatria Sociale 2006; 15: 1–3.
- World Health Organisation. Mental Health Action Plan for Europe. Copenhagen: World Health Organisation; 2005.
- World Health Organisation. Mental Health Declaration for Europe. Copenhagen: World Health Organisation; 2005.
- 35. Thornicroft G and Rose D. Mental health in Europe. BMJ 2005; 330(7492): 613–614.
- Simon GE, Fleck M, Lucas R and Bushnell DM. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. Am. J. Psychiatry 2004; 161(9): 1626–1634.
- Alonso J and Lepine JP, the ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. Overview of the key ESEMeD data. J. Clin. Psychiatry 2007; 68(Suppl. 2): 3–9.
- Thornicroft G. Shunned: Discrimination against People with Mental Illness. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Thomicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. Epidemiol. Psichiatr. Soc. 2008;(17): in press.
- Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P and Farmer P. Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. Int. Rev. Psychiatry 2005; 17(2): 123–131.
- 41. Thornicroft G, Rose D, Kassam A and Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? Br. J. Psychiatry 2007; 190: 192–193.
- Jorm AF, Christensen H and Griffiths KM. The impact of Beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2005; 39(4): 248–254.
- 43. Hickie I. Can we reduce the burden of depression? The Australian experience with Beyondblue: the national depression initiative. Australas Psychiatry 2004; 12 Suppl: S38—S46.
- Schulze B, Richter-Werling M, Matschinger H and Angermeyer MC. Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. Acta Psychiatr. Scand. 2003; 107(2): 142–150.
- 45. Pinfold V, Huxley P, Thomicroft G, et al. Reducing psychiatric stigma and discrimination evaluating an educational intervention with the police force in England. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2003; 38(6): 337–344. Chapter 2. Mental health of the population 17

- Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, et al. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. Br. J. Psychiatry 2003; 182: 342

 –346.
- Hosman C, Jane-Llopis E and Saxena S. Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- Jane-Llopis E, Hosman C, Jenkins R and Anderson P. Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. Br. J. Psychiatry 2003; 183: 384

 –397.
- Hosman C, Jane-Llopis E and Saxena S. Prevention of Mental Disorders. Geneva: World Health Organization; 2004.
- Marmot M. The influence of income on health: views of an epidemiologist. Health Aff. (Millwood) 2002; 21(2): 31

 –46.
- 51. Warr P. Work, Unemployment and Mental Health. Oxford: Oxford University Press; 1987.
- Lynch JW, Kaplan GA and Salonen JT. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. Soc. Sci. Med. 1997; 44(6): 809–819.
- Patel V, Araya R, Chatterjee S, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. Lancet 2007; 370(9591): 991–1005.
- Patel V, Farooq S and Thara R. What is the best approach to treating schizophrenia in developing countries? PLoS Med. 2007; 4(6): e159.
- 55. Newton J. Preventing Mental Illness in Practice. London: Routledge; 1992.
- 56. Rose G. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford: Oxford University Press; 1992.
- Cooper B. Single spies and battalions: the clinical epidemiology of mental disorders. Psychol. Med. 1993; 23: 891–907.

El contexto histórico

En este capítulo únicamente vamos a presentar un resumen del contexto histórico, puesto que ya se han publicados varios análisis excelentes [1-8]. La historia de la atención de salud mental durante el siglo pasado, en los países más desarrollados, se puede describir en relación con tres períodos históricos. El primer período describe el surgimiento del manicomio, aproximadamente entre 1880 y 1950, el segundo período es el del declive del manicomio, aproximadamente desde 1950 a 1980, y el tercer periodo se refiere al desarrollo de los servicios de salud mental comunitarios y descentralizados, aproximadamente desde 1980. Estos tres períodos se resumen en las tablas 3.1 - 3.3. Las fechas de cada período varían, entre diferentes países y regiones, de forma considerable. Viendo estos cambios en una perspectiva a largo plazo, el desarrollo de servicios comunitarios es un fenómeno histórico muy reciente.

Las principales transiciones en este proceso histórico han sido provocadas, a menudo, por los escándalos. Por ejemplo, una serie de investigaciones públicas sobre negligencia en varios hospitales británicos para enfermos mentales proporcionaron la ocasión para la evaluación crítica de dichas instituciones. Las investigaciones han identificado causas recurrentes de malos tratos: el aislamiento de las instituciones, la falta de personal de apoyo, pobres procedimientos de presentación de informes, falta de liderazgo, administración ineficaz, recursos financieros insuficientes, lealtades divididas por parte de los sindicatos, una formación deficiente del personal y negligencias personales esporádicas [9].

Tabla 3.1 Las características principales de los tres períodos en el desarrollo histórico de los sistemas de atención de salud mental

Período 1 (1880 - 1950)	Período 2 (1950-1980)	Período 3 (Desde 1980)
Construcción de mani- comios	Abandono de manicomios	Los manicomios son reemplazados por dispositivos de menor tamaño
Aumento del número de camas	Disminución del número de ca- mas	Se ralentiza la disminución del número de camas
Reducción del rol de la familia	Aumento del rol de la familia, aunque no del todo reconocido	Se empieza a reconocer la importan- cia del rol de la familia por los cuida- dos que proporciona, el potencial terapéutico, la carga sobrellevada, y como un grupo de presión política
Inversión pública en instituciones	Desinversión pública en los servicios de salud mental	Aumento de la inversión privada en el tratamiento y la atención, y orientación del sector público hacia el costeefectividad y la contención de costes.
Personal restringido a médicos y enfermeros.	Se desarrollan las disciplinas de psicología clínica, terapia ocupacional y trabajo social, surgen los tratamientos eficaces, inicio de la evaluación del tratamiento y de los sistemas de diagnóstico estandarizado, influencia creciente del individuo y de la psicoterapia de grupo	Aumenta el personal destinado a la atención comunitaria y el énfasis puesto en el trabajo de equipo multidisciplinar. Aparición de la psiquiatría "basada en la evidencia" en relación con los tratamientos farmacológicos, sociales y psicológicos.
Primacía de la contención sobre el tratamiento	Orientación hacia el control farma- cológico y la rehabilitación social, se da de alta de los manicomios a menos pacientes discapacitados.	Aparición de la preocupación por el equilibrio entre el control de los pacientes y su independencia.

histórico diferencial de los sistemas de salud mental
tórico diferencial de los sistemas de salud m
tórico diferencial de los sistemas de salud
tórico diferencial de los sistemas de salu
tórico diferencial de los sistemas d
tórico diferencial de los sistemas d
tórico difer
tórico
iistórico
iistó
-=
<u>_</u>
desarrollo
arr
des
>
cia
matricial
modelo
modelo
elm
de
SOS
áfi
_
ogr
geogr
S
eles
eles
eles
Niveles

Nivel Primer geográfico 1950) Nivel de país Énfasis o regional indifere pacient discapa discapa discapa confisito psicótic paicont parcient processor de fisito principal discapa disc	Primer periodo (1880-	Segundo período (1950-1980) Tercer período (Desde 1980)	Tercer período (Desde 1980)
oaís			
en doi a los compoi	Énfasis en la concentración indiferenciada de pacientes (los indigentes, discapacitados mentales o físicos, dementes, y psicóticos) en hospitales mentales únicos y remotos, en donde se categorizaba a los pacientes por el comportamiento y el sexo.	Énfasis en la concentración Los grandes manicomios mantie- indiferenciada de nen una responsabilidad específica pacientes (los indigentes, sobre los pacientes de larga estan- discapacitados mentales cia: induyendo aquellos con un o físicos, dementes, y comportamiento más perturbado psicóticos) en hospitales o los que no responden al trata- mentales únicos y remotos, miento, así como los mentalmente en donde se categorizaba discapacitados. Se diferencian pa- a los pacientes por el bellones especializados / hospitales comportamiento y el sexo. especializados para pacientes inter- nados en régimen de seguridad.	Énfasis en la concentración Los grandes manicomios mantie. Disminución del número de camas de larga estancia para adultos en dispositivos indiferenciada de nen una responsabilidad específica de los servicios de salud. Se mantiene la orientación de los dispositivos a nivel pacientes (los indigentes, sobre los pacientes de larga estan regional hacia los servicios policiales. discapacitados mentales cia: induyendo aquellos con un o físicos, dementes, y comportamiento más perturbado psicóticos) en hospitales o los que no responden al tratamentales únicos y remotos, miento, así como los mentalmente en donde se categorizaba discapacitados. Se diferencian para los pacientes por el bellones especializados / hospitales comportamiento y el sexo. especializados para pacientes internados en régimen de seguridad.
Local		Inicios de las salas de psiquiatria en hospitales generales para pacientes agudos, diferenciados de los hospitales de día, de los centros de día, de los talleres supervisados y de otros dispositivos locales de rehabilitación.	Inicios de las salas de psiquiatría Aumento del número de equipos y centros de salud mental comunitarios. en hospitales generales para Proliferación de dispositivos de alojamiento local no hospitalarios, pacientes agudos, diferenciados incluyendo albergues, conjuntos de viviendas autónomas, viviendas de los hospitales de día, de asistidas, viviendas supervisadas y programas de viviendas asistidas. los centros de día, de los Disminución del énfasis en los dispositivos independientes de talleres supervisados y de rehabilitación.
Individual			Diseño de programas interinstitucionales de tratamiento individualizados con participación de equipos multidisciplinarios, organizaciones de voluntariado, médicos de familia, servicios sociales, iglesias e instituciones benéficas.Menor separación entre tratamiento y rehabilitación, énfasis en la prevención secundaria de la recaída así como en la mejora de la calidad de vida. Aumento de las psicoterapias basadas en la evidencia.

Tabla 3.3 Fases temporales del modelo matricial y desarrollo histórico de los sistemas de atención de salud mental

	-		
fases	Primer periodo (1880-1950)	Segundo período (1950-1980)	Tercer período (Desde 1980)
Recursos	La atención está cen- trada principalmente en los edificios. Pobre selección y formación de personal, el uso de las instituciones está regulado por una legis- lación de salud mental y bienestar social.	La atención está cen- Construcción de centros ocupacionales y de retrada principalmente habilitación, modernización del marco jurídico en los edificios. Pobre y normativo, desarrollo de las relaciones entre selección y formación la psiquiatría y otras disciplinas médicas, estade personal, el uso de blecimiento de nuevas disciplinas cercanas a la las instituciones está psiquiatría y de sub-especialidades dentro de la regulado por una legis- psiquiatría. Nuevos medicamentos antipsicóticos lación de salud mental y antidepresivos.	La atención está cen- Construcción de centros ocupacionales y de re- Construcción de centros comunitarios de salud mental, evaluación de trada principalmente habilitación, modernización del marco jurídico las necesidades a nivel de población, familia e individuo, equipos de en los edificios. Pobre y normativo, desarrollo de las relaciones entre tratamiento en el hogar, nuevos medicamentos anti-psicóticos y anselección y formación la psiquiatría y otras disciplinas médicas, esta- tidepresivos, tratamientos farmacológicos y psicosociales integrados, de personal, el uso de blecimiento de nuevas disciplinas cercanas a la tratamiento cognitivo-conductual, autoayuda y defensa del paciente, las instituciones está psiquiatría y de sub-especialidades dentro de la modemización de la legislación sobre salud mental en algunos países. regulado por una legis- psiquiatría. Nuevos medicamentos antipsicóticos Mayor atención de los medios de comunicación. Enfasis en el control del gasto público.
Processos		Punto álgido de la influencia de la teoría psico- dinámica en los servicios de salud mental. Dis- minución del tiempo de estancia hospitalaria y aparición del modelo de "puerta giratoria" en el uso de los servicios de salud mental. Reducción del número de camas en los hospitales psiquíá- tricos, pero no se reducen los costes. Derivación de los pacientes agudos a hospitales con salas para agudos. Atención a los procesos grupales en el "entorno terapétuico", comunidades tera- pétuticas, y psicoterapia de grupo. Uso de los re- gistros de casos como instrumentos de vigilancia de los patrones de contacto con los servicios	Punto álgido de la influencia de la teoría psico-dinámica en los servicios de salud mental. Dis-ocordinación entre las distintas agencias, utilizando, por ejemplo, la minución del tiempo de estancia hospitalaria y gestión de casos. Orientación de los servicios hacia los pacientes con aparición del modelo de "puerta giratoria" en el mayor discapacidad. Mayor atención a la evaluación de riesgos. Desauso de los servicios de salud mental. Reducción rrollo de la auditoria de la práctica clínica. Crecimiento de la investiden número de camas en los hospitales psiquiá-gación evaluativa como herramienta para mejorar la práctica clínica. tricos, pero nos ereducen los costes. Derivación Introducción de principios de mercado (separación de los roles de los pacientes agudos a hospitales con salas comprador y proveedor, diseñados para mejorar la calidad a través para agudos. Atención a los procesos grupales de la competencia) péuticas, y psicoterapia de grupo. Uso de los registros de casos como instrumentos de vigilancia de los patrones de contacto con los servicios
Resulta- dos			Uso limitado de indicadores (mortalidad, el suicidio y tasas de indigencia) en los niveles estatal y local. En el nivel individual uso de medidas estandarizadas de resultado en los estudios de investigación, y en algunos servicios clínicos, puntuados por el personal, los usuarios y sus familias

Período 1. El auge de los manicomios (1880-1950)

El primer período, el auge de los manicomios, se produjo aproximadamente entre 1880 y 1950 en muchos de los países económicamente más desarrollados. Se caracterizó por la construcción y ampliación de manicomios, situados lejos de los lugares de origen de los pacientes, que ofrecían, principalmente, contención y custodia así como la cobertura de las necesidades básicas para la supervivencia, a personas con una amplia gama de problemas clínicos y sociales. Por lo tanto, los manicomios actuaron como un depósito para aquellos a los que se consideraba desviados o intratables socialmente.

En términos económicos esto requirió una inversión considerable en muchos países, y se construyeron grandes instituciones durante las dos últimas décadas del siglo XIX. De hecho, la ubicación en sitios remotos encajaba bien con la necesidad de eliminar físicamente lo que se consideraba una amenaza para la seguridad pública, y también era coherente con las visiones del momento sobre la higiene mental, que mantenían que la recuperación era facilitada por lugares de descanso en el medio rural. Una de las consecuencias de la elección de esta ubicación geográfica fue la segregación profesional posterior de los y las profesionales de psiquiatría y de enfermería del cuerpo médico principal y de los centros profesionales de prestigio situados en los hospitales universitarios metropolitanos.

Asylum² sustantivo

- (1) refugio, protección, esp. de los perseguidos por la ley (solicitar asilo)
- (2) *bistórico*. Cualquiera de los diversos tipos de instituciones que ofrece resguardo y apoyo a las personas en dificultades o en la miseria, esp. los enfermos mentales.

Fuente: Concise Oxford Dictionary (1993)

Tres tipos de consideraciones se hicieron evidentes a lo largo de este desarrollo: las clínicas, las humanitarias y las económicas. En 1842 los comisionados de la Ley de Pobres Inglesa, por ejemplo, informaron que "es necesario, no obstante, recordar que con los locos, el primer objetivo debería ser su curación por medio de un tratamiento médico adecuado." (Comisión de la Ley de Pobres, 1842).

² A diferencia de la palabra inglesa *asylum*, la palabra castellana asilo no se aplicaba a las instituciones que acogían personas con enfermedades mentales (Nota del traductor).

El argumento económico también adquirió notoriedad muy pronto. En 1838 Edward Gulson, Asistente del comisionado de la Ley de Pobres, declaró ante el Comité Selecto de la Cámara de los Comunes sobre la reforma de la Ley de Pobres. Recomendó la transferencia de poder sobre los lunáticos de los manicomios del condado a los comisionados de la Ley de Pobres, "donde serán mantenidos por la mitad o un tercio o un cuarto del gasto por el que ahora son mantenidos". Por lo tanto, estos tres imperativos rectores, el clínico, el moral y el financiero, combinados en una interacción sutil y continua, tuvieron unos efectos obvios a finales del siglo XIX: el establecimiento y el crecimiento excesivo de los manicomios. Curiosamente los críticos actuales de la atención comunitaria todavía describen a menudo este tipo de políticas como destinadas principalmente a reducir los costes.

Gli infermieri no Devono tenere relazioni con le famiglie dei malati, darne notizia, portare fuori senz'ordine Lettere, oggetti, ambasciate, saluti: ne 'possono recare agli ammalati alcuna notizia di fuori dal, ne 'oggetti, ne' stampe, ne 'scritti. (Norma di regolamento in un ospedale psichiatrico)

El personal de enfermería no debe tener relaciones con las familias de los pacientes, transmitir información, sacar sin órdenes del hospital cartas, objetos, mensajes, saludos: ni se les permite traer a los pacientes ninguna noticia del exterior, u objetos, o cualquier notas o material impreso. (De una lista de regulaciones en un hospital psiquiátrico)

Citado en Morire di classe, un cura di Franco Basaglia e Franca Basaglia Ongaro. La condizione manicomiale fotografata por Carla Cerati y Gianni Berengo Gardin. Einaudi, Torino 1969.

Es importante señalar que, si bien sugerimos que los tres períodos históricos han ocurrido consecutivamente, las fechas en las que comenzaron y terminaron en los diferentes países han variado mucho. En Italia, por ejemplo, el número de camas de hospital psiquiátrico no fueron estables hasta 1963 [10], y luego disminuyeron precipitadamente después de que se introdujera la legislación de 1978, por lo que es razonable concluir que en Italia el primer período comenzó alrededor de una década más tarde que en Inglaterra.

Cabe destacar que, hasta la ley de Salud Mental italiana de 1978, la responsabilidad de ambos, los hospitales psiquiátricos públicos y los privados no recaía en el Ministerio de Salud, sino en el Ministerio de Interior y sus áreas locales. Del mismo modo, hasta 1968 el nombre de todo el que había sido ingresado en un hospital psiquiátrico era inscrito por un tribunal en un registro judicial estatal, donde per-

manecía de por vida (incluso persistía tras el alta hospitalaria), y suponía un estigma familiar vergonzoso. A menudo esto significó la pérdida permanente de muchos derechos civiles, incluyendo el voto y la propiedad de bienes y tierras.

Aunque proponemos una secuencia de acontecimientos históricos dividida en tres fases, en realidad las etapas posteriores de este desarrollo conservarán en muchas ocasiones, elementos residuales de épocas anteriores. Por ejemplo, después del desarrollo de la atención comunitaria pueden haber sobrevivido algunas de las grandes y remotas instituciones, en las que se han mantenido los materiales de baja calidad y las pobres condiciones de tratamiento, especialmente en las áreas sub-especializadas, como la psiquiatría forense. Por ejemplo, en Japón, el número de camas en 1960 era de 95.067, y aumentó a 172.950 en 1965. En 1993 había 1.672 hospitales psiquiátricos que tenían 362.963 camas, lo que supone un nivel de internamiento mucho mayor que el de la mayoría de los países económicamente más desarrollados. No obstante, desde 1993 ha habido una ligera disminución en el número de camas [11, 12].

Período 2. La decadencia del manicomio (1950-1980)

La lógica de la desinstitucionalización y la justificación de la trasferencia de pacientes de larga estancia residentes en los hospitales psiquiátricos más grandes se basan en cambios sociológicos, farmacológicos, administrativos y jurídicos [5, 8]. A partir de mediados de los cincuenta comenzó a aparecer una corriente de opinión sociológica cada vez más contundente. Este nuevo punto de vista criticó los efectos nocivos de la estancia prolongada en grandes instituciones psiquiátricas. Goffman formuló el concepto de 'institución total', un concepto central en lo que significó "El manejo de muchas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conjuntos enteros de personas [13]. Wing y Brown reforzaron este punto de vista, con su descripción de la 'institucionalización' de los pacientes crónicos. A partir de su estudio de los pacientes de larga estancia en tres hospitales británicos, se aceptó la hipótesis de que "Las condiciones sociales en las que vive un paciente (en particular la pobreza del entorno social) son realmente responsables de parte de la sintomatología (especialmente de los síntomas negativos)" [14].

Los patrones de tratamiento también cambiaron rápidamente. Tres años después de la formulación de la clorpromazina en 1952, se generalizó su uso como agente anti-psicótico [1]. La disminución de los manicomios se menciona a menudo

asociada a 'la revolución de los medicamentos anti-psicóticos'. Si bien reconocemos plenamente la utilidad de estos medicamentos, su importancia no debe ocultar otras innovaciones revolucionarias en la atención al paciente. Por ejemplo, se establecieron las Organizaciones de Terapia Industrial, se desarrollaron comunidades terapéuticas, aparecieron hospitales de día, y se establecieron albergues y viviendas puentes.

Por lo que se refiere a los medicamentos anti-psicóticos, era evidente desde el principio que, si bien su impacto en la práctica psiquiátrica era considerable, la opinión de que la coetánea disminución de la población ingresada en hospitales psiquiátricos se debía directamente a su introducción fue objeto de una controversia considerable. En el primer Congreso Internacional de Neuro-Psicofarmacología (CINP3), Sir Aubrey Lewis informó que "las cifras de Gran Bretaña sobre la población internada en los hospitales psiquiátricos nos hace ser cautos a la hora de atribuir a la acción farmacológica de estos nuevos fármacos la mayor parte del mérito por la indudable caída producida en el número absoluto de personas residentes en determinados hospitales psiquiátricos" [15]. Poco después, Shepherd y sus colegas publicaron un informe estadístico de los cambios en el hospital psiquiátrico en un condado Inglés antes y después de la introducción de los fármacos psicotrópicos en 1955, en el que mostraron que el impacto de la farmacoterapia fue muy pequeño, y en el que sugirieron que los beneficios inespecíficos de los nuevos fármacos podrían haberse debido a otras razones, como el aumento del personal médico, el cambio de criterios para dar el alta, una mayor aceptación de los enfermos mentales por las familias y por la comunidad, y el aumento de la rehabilitación y de los centro sociales [16].

Desde luego, si tuviéramos que elegir entre abandonar el uso de todos los nuevos medicamentos psicotrópicas y el abandono de las Unidades de Reinserción industrial y el resto de recursos sociales que tenemos a nuestro alcance, no habría ninguna duda acerca de la elección: desaparecerían los fármacos.

(Sir Aubrey Lewis, 1959 [15])

Las cuestiones financieras también han sido especialmente importantes a la hora de promover la transferencia de la atención. En los Estados Unidos, por ejemplo, la introducción de Medicaid en la década de 1960 promovió una rápida expansión de las residencias de ancianos que conllevó un traspaso de la responsabilidad financiera, o una 'traslado de costes', de un programa estatal a otro federal [17].

³ En el original, International Collegium of Neuro-Psychopharmacology (ICNP). Nota del T.

Durante la mayor parte de este tiempo la desinstitucionalización habían quedado sin definir. En 1975, el entonces director del Instituto Nacional de Salud Mental en los EUA, describió tres componentes esenciales de este enfoque: la prevención de ingresos injustificados en hospitales psiquiátricos a través de la oferta de dispositivos comunitarias, el retorno a la comunidad de todos los pacientes institucionalizados que han recibido una preparación adecuada, y el establecimiento y el mantenimiento de los sistemas de apoyo comunitarios para los pacientes no institucionalizados. Una definición más breve fue la contracción de los espacios institucionales tradicionales, con la expansión simultánea de los servicios comunitarios de base [17].

En Italia, el número máximo de camas psiquiátricas se produjo en 1963 (91.868 residentes, 1,61 por 1.000 habitantes) y en 1981 el número se había reducido a más de la mitad (38.358, 0,68 por 1.000 habitantes). Durante este mismo período, el número de admisiones creció de forma sostenida hasta 1975, tres años antes de la reforma de 1978, que ilegalizó por primera vez el internamiento en grandes hospitales psiquiátricos tradicionales (de hecho desde 1982 todas las admisiones a estas instituciones, tanto públicas como privadas, han sido en contra de la ley). A este respecto, Italia es atípica en comparación con otros países de Europa occidental que han continuado apoyándose, hasta cierto punto, en estos hospitales de larga estancia como el último recurso.

El nivel medio de la práctica psiquiátrica en Gran Bretaña es extremadamente bajo. Los mismos psiquiatras a veces son reacios a hacer esta confesión, aunque la evidencia es abrumadora. En un hospital mental cualquiera es probable que un paciente de larga estancia vea a un médico solamente unos diez minutos más o menos cada tres meses ... Escándalos sobre el maltrato de pacientes en los hospitales psiquiátricos, incluidos los de relativa buena reputación, se producen con una monótona regularidad. (Anthony Clare (1976) [18])

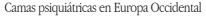
Período 3. El desarrollo de la atención comunitaria (desde 1980)

No queremos sugerir que el desarrollo histórico de los servicios de salud mental sea una tendencia lineal consistente, desde el manicomio al sistema de atención de base comunitaria [19]. Más bien hay vaivenes que han sido descritas como 'ciclos de atención' [20]. De hecho podemos identificar algunos paralelismos intrigantes cuando se comparan los temas centrales de los servicios de salud mental del siglo XX, XIX tal y como se resume en la Tabla 3.4.

Tabla 3.4 Paralelismo entre los desarrollos de finales del siglo XIX y finales del siglo XX

Fase	XIX siglo	XX siglo
Fase de optimismo	Movimiento de higiene mental	Enfoque de salud mental comunitaria
fase de construcción	Instituciones: grandes hospitales psiquiátricos, que funcionan como comunidades aisladas y autosuficientes	Centros comunitarios de salud mental descentralizados, pequeños dispositivos residenciales y centros de día.
fase de desilusión	Hacinamiento de pacientes	Escándalos, investigaciones y reacción pública
fase de control	Intentos de diferenciación entre pacientes 'curables' e 'incurables'	Intento de diferenciar entre pacientes 'de riesgo' y 'seguros'

En todo el continente europeo en su conjunto, se han operado cambios similares, aunque en momentos diferentes. En la actualidad existe una clara división entre los países de Europa Occidental, que han terminado en gran medida el proceso de desinstitucionalización y la situación en la mayoría de los estados de Europa Central y Oriental, en los que la transición desde la asistencia institucional a una combinación más equilibrada de servicios acaba de empezar [21-24] (véanse los gráficos 3.1 y 3.2 [25]). En su peor momento, los desafíos de las prácticas institucionales (que persisten desde los tiempos totalitarios), niveles de financiación muy bajos, y ubicaciones remotas han dado lugar a infracciones graves de los derechos humanos en hospitales psiquiátricos en varios países de Europa del Este [26-28]. A nivel global la Organización Mundial de la Salud ha introducido recientemente dos nuevos sistemas de vigilancia y seguimiento de los servicios de salud mental en todo el mundo llamados ATLAS y AIMS [29-32].



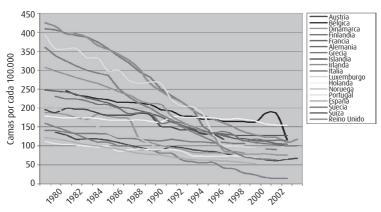


Gráfico 3.1 Número de camas psiquiátricas en Europa Occidental.

Camas psiquiátricas en la nueva Unión Europea 1988-2002

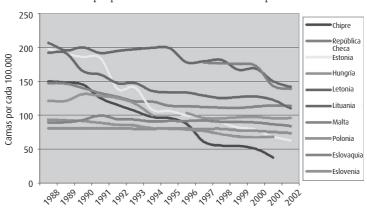


Gráfico 3.2 Número de camas psiquiátricas en la nueva Unión Europea 1988-2002.

¿Qué se puede decir sobre la evolución futura de los servicios de salud mental? "... Las predicciones del futuro son por lo general declaraciones de los deseos actuales, y los métodos que se proponen para alcanzar los objetivos en el futuro tienen las limitaciones del pasado, cuando se elaboraron." [33]

Los puntos clave de este capítulo

- La historia reciente de la atención de salud mental en los países más desarrollados económicamente ha sido descrita en relación con tres *períodos bistóricos*: (i) el aumento de los manicomios, (ii) la disminución de los manicomios, y (iii) el desarrollo de la atención de salud mental de base comunitaria y descentralizada.
- La justificación de la transferencia de pacientes de larga estancia de los grandes hospitales psiquiátricos se basa en cambios sociológicos, farmacológicos, administrativos y legales.
- La desinstitucionalización se ha definido como la mengua de los marcos institucionales tradicionales, con la expansión simultánea los servicios de base comunitaria.
- Los ciclos asistenciales a menudo pasan por cuatro etapas: optimismo, construcción, desilusión y control.
- La Organización Mundial de la Salud ha introducido recientemente dos nuevos sistemas de vigilancia y seguimiento de los servicios de salud mental a nivel mundial. Se llaman ATLAS y AIMS.

REFERENCIAS

- 1. Jones K. A History of Mental Health Services. London: Routledge and Kegan Paul; 1972.
- 2. Scull A. Decarceration. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
- 3. Gilman SL. Seeing the Insane. Wiley: New York; 1982.
- Grob G. From Asylum to Community. Mental Health Policy in Modern America. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1991.
- Shorter E. A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1997.
- 6. Thornicroft G and Tansella M. The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
- 7. Shorter E. Historical Dictionary of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- Shorter E. The historical development of mental health services in Europe. In Knapp M, McDaid D, Mossialos E and Thornicroft G (Eds.). Mental Health Policy and Practice Across Europe. Buckingham: Open University Press; 2007. 15–33.
- 9. Martin S. Hospitals in Trouble. London: Blackwell; 1985. 28 Chapter 3. The historical context
- Tansella M, De Salvia D and Williams P. The Italian psychiatric reform: some quantitative evidence. Soc. Psychiatry 1987; 22(1): 37–48.

- Oshima I, Mino Y and Inomata Y. Institutionalisation and schizophrenia in Japan: social environments and negative symptoms: nationwide survey of in-patients. Br. J. Psychiatry 2003; 183: 50–56.
- Oshima I, Mino Y and Inomata Y. How many long-stay schizophrenia patients can be discharged in Japan? Psychiatry Clin Neurosci 2007; 61(1): 71–77.
- 13. Goffman I. Asylums. Harmondsworth: Pelican Books; 1968.
- Wing JK and Brown G. Institutionalism and Schizophrenia. Cambridge: Cambridge University Press; 1970.
- Lewis A. The impact of psychotropic drugs on the structure, function and future of psychiatric services in hospitals. In Bradley P, Deniker P and Raduco-Thomas C (Eds.). Neuropsychopharmacology. Amsterdam: Elsevier; 1959. 207.
- Shepherd M, Goodman N and Watt D. The application of hospital statistics in the evaluation of pharmacotherapy in a psychiatric population. Compr. Psychiatry 1961; 2: 11–19.
- Bachrach L. Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective. Rockville, MD: US Department of Health, Education and Welfare; 1976.
- 18. Clare A. Psychiatry in Dissent. London: Routledge; 1976.
- Thornicroft G and Bebbington P. Deinstitutionalisation from hospital closure to service development. Br. J. Psychiatry 1989; 155: 739–753.
- Morrissey JP and Goldman HH. Cycles of reform in the care of the chronically mentally ill. Hosp. Community Psychiatry 1984; 35(8): 785–793.
- Tomov T. Central and Eastern European Countries. In Thomicroft G and Tansella M (Eds.). The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. 216–227.
- WorldHealth Organisation. Mental Health in Europe. Country Reports from theWHO European Network onMental Health. Copenhagen: World Health Organisation; 2001.
- Thornicroft G and Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. Br. J. Psychiatry 2004; 185: 283–290.
- 24. Thornicroft G and Rose D. Mental health in Europe. BMJ 2005; 330(7492): 613–614.
- Knapp MJ, McDaid D, Mossialos E and Thornicroft G. Mental Health Policy and Practice Across Europe. Buckingham: Open University Press; 2005.
- Amnesty International. Memorandum to the Romanian Government Concerning Inpatient Psychiatric Treatment. London: Amnesty International; 2004.
- Mental Disability Advocacy Center. Cage Beds. Budapest: Mental Disability Advocacy Centre; 2003.
- Tomov T, van Voren R, Keukens R and Puras D. Mental health policy in former eastern bloc countries. In Knapp M, McDaid D, Mossialos E and Thomicroft G (Eds.). Mental Health Policy and Practice across Europe. Buckingham: Open University Press; 2007.
- 29. World Health Organisation. Mental Health Atlas 2001. Geneva: World Health Organisation; 2001.
- World Health Organisation. Mental Health Atlas 2005. Geneva: World Health Organisation; 2005. Chapter 3. The historical context 29

Capítulo 3. El contexto histórico.

46

- 31. Saxena S, Sharan P, Garrido M and Saraceno B. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. World Psychiatry 2006; 5(3): 179–184.
- 32. World Health Organisation. World Health Organisation Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS). Geneva: World Health Organisation; 2005.
- 33. Sartorius N. Experience from the mental health programme of the World Health Organization. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 1988; 344: 71–74

La base ética de la atención de salud mental.

El intelecto tiene buen ojo para el método y la técnica, pero es ciego para los objetivos y los valores.

(Albert Einstein)

Los siguientes tres capítulos analizarán las aportaciones de la ética, la *evidencia*, y la *experiencia* a los complejos problemas implicados en los procesos de mejora de la atención en salud mental. Hemos elegido este orden intencionadamente porque creemos que estos tres aspectos deben contemplarse de forma jerárquica. Nosotros ponemos la ética en primer lugar ya que consideramos que en el cuidado de la salud no hay lugar para intervenciones que sean técnicamente eficaces, pero que no sean éticas. En relación con la ética biomédica como un todo, se han descrito cuatro principios como los fundamentos de la ética médica: el respeto por la autonomía, la ausencia de malevolencia, la beneficencia y la justicia [1-3].

Los principios son importantes porque pueden guiar y dar forma a las decisiones sobre la organización general y las actividades diarias específicas de la atención en salud mental. Incluso si estas cuestiones éticas no se hacen explícitas en la planificación y prestación de servicios ejercerán una profunda influencia en la práctica clínica. En nuestra opinión, es mejor explicitar el marco ético en los primeros estadios de un ciclo de planificación, ya que si esas discusiones no se llevan a cabo abiertamente entre todos los grupos pertinentes, más tarde, y con frecuencia de forma más destructiva, podrían aparecer desacuerdos fundamentales sobre qué servicios de salud mental se deberían conseguir. De hecho, en nuestra experiencia cuando no se debate sobre principios, los conflictos de valores aparecerán de todas formas tarde o temprano, y entonces pueden ralentizar, limitar o incluso socavar por completo la viabilidad de cualquier proyecto. A continuación hablaremos sobre el lugar de la ética en los niveles estatal, local e individual.

Principios guía a nivel estatal

Las personas con enfermedades mentales en muchos países son tratadas de manera que les impide el ejercicio de algunos de sus derechos humanos básicos. No es exagerado decir que se puede estimar, de manera precisa, el valor que se asigna a las personas con enfermedad mental al ver la mucha o poca atención que se presta para garantizar que sean tratadas de manera plenamente humana [4]. Varias convenciones y declaraciones legalmente vinculantes se aplican a las personas con alguna discapacidad en general y a las personas con alguna discapacidad de salud mental en particular [5,6]. Estos acuerdos internacionales se aplican a todos los estados que las han ratificado formalmente.

Todas las personas tienen derecho a la mejor atención de salud mental disponible, la cual formará parte del sistema de salud y social. (Principio sobre Enfermedad Mental del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas [7])

La fuente principal de los derechos humanos dentro de las Naciones Unidas (ONU) es la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), la cual hace referencia a los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Los derechos civiles y políticos, tales como el derecho a la libertad, a un juicio justo y al voto, se establecen a nivel internacional en un tratado vinculante, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). Los derechos económicos, sociales y culturales, tales como el derecho a un adecuado nivel de vida, al más alto nivel posible de salud física y mental, y a la educación, se establecen en un segundo tratado vinculante, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) informa a las Naciones Unidas sobre la aplicación de estos principios. Los países que han ratificado esta declaración y este pacto estarán obligados, según el derecho internacional, a garantizar en su territorio a toda persona y sin discriminación alguna, todos los derechos suscritos [7-11].

Más concretamente, en relación con la enfermedad mental, los Principios de la ONU para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental se aprobaron en 1991, y establecen los derechos y libertades fundamentales de las personas con enfermedades mentales que deben ser garantizados si los estados quieren cumplir con el PIDESC. 'El Derecho a la Salud Mental' se

establece en el artículo 12 del PIDESC, que reconoce "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", e identifica algunas de las medidas que los estados deben adoptar "para lograr el pleno cumplimiento de este derecho".

Estos Principios sobre la Enfermedad Mental se aplican a todas las personas con enfermedad mental, ya estén en atención psiquiátrica interna o externa, y a todas las personas admitidas en los dispositivos psiquiátricos, se les haya diagnosticado un trastorno mental o no. También proporcionan criterios para la determinación de la enfermedad mental, la salvaguarda de la confidencialidad, la calidad de la atención, los derechos de las personas en los servicios de salud mental, y la dotación de recursos.

El primer Principio sobre la Enfermedad Mental establece el fundamento básico sobre el que se construyen las obligaciones de los estados con respecto a las personas con enfermedades mentales: que "todas las personas con enfermedad mental, o que están siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con la humanidad y el respeto que merece la dignidad inherente a la persona humana" y "tendrán el derecho de ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales tal y como se reconoce en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional sobre los derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes. También establece que "todas las personas tienen derecho a la mejor atención de salud mental disponible. Al igual que la Agencia para la Salud de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) transmite lo que las Naciones Unidas entienden por "la mejor atención de salud mental disponible" [12].

Además de estos acuerdos globales, 43 estados miembros del Consejo de Europa están obligados por principios específicos de derechos humanos [13, 14]. Estos incluyen la Convención Europea de 1950 sobre los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales (CEDH), y el Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes. La Tabla 4.2 muestra los 12 principios que aparecen con mayor frecuencia en los documentos de políticas de salud mental [15].

La Organización Panamericana de la Salud / Oficina Regional de la OMS para las Américas ha publicado la Declaración de Caracas, que establece los principios relevantes para la modernización de la atención de salud mental en América Latina (véase la tabla 4.1), que más tarde fueron evaluados en relación con los Principios de Brasilia [16].

Tabla 4.1 Resumen de la Declaración de Caracas 1990 [17]

Los legisladores, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de la salud mental y juristas reunidos en la Conferencia Regional sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud declaran:

- Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;
- Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;
- 3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben:
 - a. salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles,
 - b. basarse en criterios racionales y técnicamente adecuados.
 - c. propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario
- 4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
 - a. aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales,
 - b. promuevan una organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;
- 5. Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y que propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración;
- 6. Que las Organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración de la atención psiquiátrica así como la vigilancia y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones estatales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual, instan a los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

En estos momentos quizás ya está quedando claro que no hay consenso internacional sobre qué principios deberían guiar la atención a la salud, y mucho menos la atención a la salud mental. Más bien hay muchos sistemas que han sido ideados por diferentes grupos en diferentes momentos [5; 12; 18-20]. Hasta cierto punto, muchas de estas declaraciones son bastante similares y en la Tabla 4.2 se identifican 12 temas frecuentes.

\Box
2]
mental
틸
le SS
es d
<u>6</u>
las
<u> e</u>
d mental y las
P
s Sa
ş de
oolíticas d
las I
para
vantes para las polít
<u>e e</u>
ios r
jĜ
Pri
4.2
Tabla

Principio	Inglaterra 1999 [22]	Escocia 2003 [23]	Naciones Unidas 1992 [7] OMS de 2001 [24]	OMS de 2001 [24]	Asociación Mundial de Psiquiatría de 1996 [25]
(I) Participación Involucrar usuarios	a	los Considerar los deseos pasados y presentes de los pacientes, participación completa de los pacientes		Participación del consumidor derecho a la información y a la participación	Participación del consumi- El paciente debe ser aceptado dor derecho a la infor- como un colaborador por demación y a la participación recho propio en el proceso terapéutico
(2) Beneficio terapéutico para el paciente individual	Atención efectiva	La importancia de proporcio- Derecho a la mejor aten- nar el máximo beneficio al ción de salud mental dis- paciente	Derecho a la mejor atención de salud mental disponible	Tratamiento eficiente	Proporcionar la mejor terapia disponible en de forma consistente con el conocimiento científico aceptado. El tratamiento
			Cada paciente tendrá el de- recho a recibir la asistencia sanitaria y social apropiada a sus necesidades de salud en el mejor interés de paciente		debe ir siempre en el mejor interés del paciente.
(3) Elección de tratamientos aceptables.	Atención aceptable y posibilidad de elección	Atención aceptable Importancia de proporcionar y posibilidad de servicios apropiados al pacienelección te		Amplia gama de servicios	Permitir que el paciente tome decisiones libres e informadas
(4) No discriminación	No discriminatorio	Fomentar la igualdad de opor- Estos princípios se aplica- Igualdad y ausencia de distunidades ran sin discriminación de criminación ningún tipo	Estos principios se aplica- Igualdad ya ran sin discriminación de criminación ningún tipo	Igualdad y ausencia de dis- criminación	Trato justo y equitativo de los enfermos mentales. La discriminación por parte de los psiquiatras por origen étnico o cultural, ya sea directamente o mediante la ayuda de otras personas no es ética
					continúa atrás

Tabla 4.2 (cont.)

)III. <i>)</i>				
Principio	Inglaterra 1999 [22]	Inglaterra 1999 — Escocia 2003 [23] [22]	Naciones Unidas 1992 [7]	OMS 2001 [24]	Asociación Psiquiátrica Mundial 1996 [25]
(5) Acceso	Accesible		Cada paciente tendrá el Servicios locales derecho de ser tratado y atendido, tanto como sea posible, en la comunidad en la que vive	Servicios locales	
(6) Seguridad	Promover seguridad		Proteger la salud o la seguri- Integridad física del usua- dad de la persona interesa- rio del servicio da o de otras, o si no prote- ger la seguridad pública, el orden, la salud y la moral o los derechos fundamentales y libertades de los demás	Integridad física del usua- rio del servicio	
(7) Autonomía y empoderamiento	Independencia		Tratamiento dirigido a Empoderamiento o preservar y mejorar la auto- ciente y autonomía nomía personal	Empoderamiento del paciente y autonomía	Tratamiento dirigido a Empoderaniento del pa- Proporcionar al paciente información preservar y mejorar la auto- ciente y autonomía relevante con el fin de empoderarlo nomía personal
(8) Participación de la familia		Tener en cuenta las ne- cesidades y las circuns- tancias del cuidador del paciente		Asociación con las familias El psic y participación de la co-familia munidad local.	Asociación con las familias El psiquiatra debe consultar con la y participación de la co-familia munidad local.
(9) Dignidad			Trato con humanidad y res- Preservar la dignidad peto a la dignidad inherente de la persona humana	Preservar la dignidad	Los psiquiatras deben guiarse, princi- palmente, por el respeto a los pacien- tes y la preocupación por su bienestar y su integridad Para salvaguardar la dignidad humana

(10) Formas de atención lo menos restrictivas posibles	Considerar la restricción necesaria mínima de la libertad del paciente	Considerar la restricción Cada paciente tendrá el de- necesaria mínima de la recho de ser tratado en el libertad del paciente ambiente menos restrictivo	Intervenciones terapéuticas que sean lo menos restrictivas para la libertad del paciente
(11) Defensa	Considerar los puntos de vista de las personas que indique el paciente, el cuidador, el tutor, o el defensor del bienestar social¹ (uelfare attorney).		
(12) Capacidad		La persona cuya capacidad se está evaluando tendrá derecho a ser representado por un abogado	

El welfare attorney (defensor del bienestar social) es un letrado que representa a las instituciones que administran bienestar social.

Sin embargo, en nuestra opinión, es importante declarar de forma clara qué valores guían el desarrollo de un servicio determinado, y a la vez reflexionar cuidadosamente sobre qué principios específicos se pueden escoger para un propósito particular, en un momento determinado. Un ejemplo de la necesidad de principios específicamente adaptados son los elegidos para una nueva ley de salud mental en Sudáfrica, tras el final del apartheid, como se muestra en la Tabla 4.3.

Tabla 4.3 Principios quía de la ley de salud mental post-apartheid en Sudáfrica

- Derecho a la divulgación de la información
- Derecho de representación
- Protección durante el ingreso en los dispositivos
- Reglamento contra la discriminación injusta
- Reglamento sobre el respeto, el consentimiento, la dignidad y la privacidad
- Derecho a no sufrir abuso o explotación

Otro ejemplo de la utilización de estos principios abstractos es la forma en que se incorporaron valores y principios en el plan estatal de salud mental de Inglaterra después de una amplia consulta con los diversos colectivos interesados (véase la Tabla 4.4).

Tabla 4.4 Valores y principios que guían las políticas de salud mental en Inglaterra [22]

Valores fundamentales que deben ser utilizados para guiar la evolución de los servicios prácticos. El servicio debe:

- Mostrar franqueza y honestidad
- Demostrar respeto y ser proporcionado con cortesía
- Estar distribuido de forma justa en el espacio y proveerse con equidad
- Ser proporcional a las necesidades
- Estar abierto al aprendizaje y al cambio

Los principios fundamentales, a partir de los cuales los usuarios pueden esperar que los servicios:

- Faciliten la participación significativa de los usuarios y sus cuidadores
- Ofrezcan un tratamiento y cuidado de alta calidad, eficaz y aceptable
- No sean discriminatorios
- Sean accesibles: ayuda cuando y donde sea necesaria
- Promuevan la seguridad del usuario y la de sus cuidadores, el personal y el público en general
- Ofrezcan opciones que promuevan la independencia
- Estén bien coordinados entre todo el personal y las agencias
- Capaciten y apoyen a su personal
- Proporcionen continuidad de cuidados, siempre y cuando sea necesario
- · Sean responsables ante el público, los usuarios y los cuidadores

Principios guía en el ámbito local

Hemos seleccionado nueve principios, que se describieron en detalle en un libro anterior [26], y que se refieren al desarrollo de los servicios locales de salud mental, tal y como se muestra en la Tabla 4.5.

Tabla 4.5 Principios básicos que deben aplicarse a nivel local en los servicios en desarrollo

Principio	Definición
(1) Autonomía	Es una característica de los pacientes que consiste en la capacidad de tomar decisiones y elecciones independientes, a pesar de la presencia de síntomas o discapacidades. La autonomía debe ser promovida por un tratamiento y una atención eficaces.
(2) Continuidad	La capacidad de los servicios de prestar intervenciones profesionales en el nivel del paciente o en el ámbito local, (i) lo que hace referencia a la coherencia de las intervenciones durante un breve período de tiempo más corto, tanto dentro de los equipos como entre ellos (continuidad transversal), o (ii) que consisten en una serie ininterrumpida de contactos durante un largo período de tiempo (continuidad longitudinal)
(3) Efectividad	En el nivel local la <i>efectividad</i> se define como "los beneficios probados provistos por los servicios prestados en la vida real". En el nivel del paciente se define la <i>efectividad</i> como "los beneficios probados previstos por tratamientos proporcionados en la vida real".
(4) Accesibi- lidad	Una de las características del servicio, experimentada por los usuarios y sus cuidadores que les permite recibir atención dónde y cuándo sea necesario.
(5) Integralidad o comprensividad	Una característica del servicio con dos dimensiones: (i) Por <i>integralidad horizontal</i> nos referimos a la medida en que un servicio es capaz de atender los distintos tipos de trastornos mentales graves, y a través de una amplia gama de características de los pacientes (género, edad, grupo étnico, diagnóstico).(ii) Por <i>integralidad vertical</i> nos referimos a la disponibilidad de los componentes básicos de la atención (consultas externas y atención comunitaria, cuidados de día; pacientes agudos hospitalizados y cuidados residenciales a largo plazo; enlaces con otros servicios), y su utilización por grupos priorizados de pacientes.
(6) Equidad	La distribución equitativa de los recursos. Debe hacerse explícita la lógica usada para priorizar entre diferentes tipos de necesidades en conflicto y los métodos utilizados para calcular la asignación de los recursos.
(7) Responsabilidad	Una función que consiste en relaciones complejas y dinámicas entre los servicios y los pacientes de salud mental, sus familias y el público en general, todos los cuales tienen expectativas legítimas sobre la forma en la que el servicio debe actuar de forma responsable.
(8) Coordina- ción	Una de las características del servicio que se manifiesta a través de planes de tratamiento coherente para cada paciente. Cada plan debe tener objetivos claros y debe incluir intervenciones que sean necesarias y efectivas: ni más ni menos. Por coordinación transversal nos referimos a la coordinación de la información y los servicios en un episodio de atención determinado (tanto dentro como entre los servicios). Por coordinación longitudinal nos referimos a los vínculos entre el personal y entre las instituciones a lo largo de un tratamiento prolongado, y que a menudo abarca varios episodios.
(9) Eficiencia	Una característica de los servicios que minimiza los recursos necesarios para alcanzar un nivel determinado de resultados de la enfermedad mental, o que maximiza los resultados para un nivel determinado de recursos.

Aunque puede haber cierto grado de solapamiento entre ellos, son en gran medida distintos entre sí y se pueden aplicar a una amplia gama de circunstancias, y a partir de sus iniciales se les puede llamar 'the three ACEs' o los tres ases. [27]

De estos nueve principios, cuatro son particularmente relevantes para los servicios locales: accesibilidad, integralidad, continuidad y coordinación.

Accesibilidad

La cuestión más relevante respecto a la accesibilidad es que la gente debería ser capaz de llegar a los servicios donde y cuando sea necesario. La accesibilidad se puede ver en términos de *la distancia geográfica* o en términos de *tiempo de transporte* desde el domicilio al centro de salud. En otras palabras, el principio de la accesibilidad es una de las principales motivaciones para el desarrollo de la atención descentralizada, y para ofrecer atención comunitaria y equipos móviles.

Otro tipo de accesibilidad significa organizar los servicios de manera que se eviten procedimientos burocráticos que suponen largos tiempos de espera para ser atendidos.

En tercer lugar, la accesibilidad significa que los servicios están disponibles igualmente para todos los que los necesiten, independientemente de las *barreras selectivas* que reducen la utilización de los servicios para grupos determinados (como las personas con trastornos de la personalidad), o para algunos subgrupos de población (por ejemplo, las minorías étnicas). Además, la accesibilidad también puede hacer referencia a la apertura del servicio a los usuarios fuera del horario de consulta, por la noche y los fines de semana, o a la visibilidad pública del servicio, a diferencia de las remotas instituciones que estaban 'ocultas' y asociadas con sentimientos de vergüenza.

Sin embargo, la excesiva accesibilidad puede conllevar desventajas asociadas. Por ejemplo, si los servicios están demasiado disponibles los usuarios pueden sobreutilizarlos cuando se encuentren mal. Pueden pasar por alto los servicios de atención primaria, donde éstos existan, y esperar recibir una atención especializada cuando estén padeciendo enfermedades relativamente leves. Esto puede desviar tiempo y recursos necesarios para atender a los usuarios con problemas más graves.

Integralidad o comprensividad

En nuestra opinión, un servicio integral es el que tiene todos los elementos de lo que se puede denominar un 'sistema de atención básica integral de salud mental para adultos', como se resume en la Tabla 4.6 [28, 29].

Tabla 4.6 Componentes de un sistema integral de atención de salud mental

- (1) Consultas externas/ambulatorias
- (2) Equipos de salud mental comunitaria
- (3) Atención hospitalaria aguda
- (4) Atención residencial comunitaria de larga duración
- (5) Empleo y ocupación

El grado de integralidad de un servicio plantea la pregunta clave siguiente: integral para quién? Dado que los problemas de salud mental afectan a alrededor de un tercio de la población general adulta en un año, y dado que la capacidad de los servicios de salud mental, incluso en los países económicamente más desarrollados, pueden atender, aproximadamente, al 2% de la población adulta, estos servicios *necesariamente* se limitan a una minoría de las personas con enfermedades mentales. La pregunta entonces se dirige hacia la calidad o la cantidad. Los servicios que tratan selectivamente en primer lugar a los enfermos mentales más graves, como por ejemplo en Gran Bretaña, proporcionarán un servicio relativamente pobre para la mayoría de las personas con enfermedades mentales, muchas de las cuales padecerán ansiedad y depresión, y se quedarán sin ser tratados si no son identificados por el personal de atención primaria.

En algunos países, como Italia, no es obligatorio que la derivación a especialistas venga del personal de atención primaria de la salud. En consecuencia, se permite un mayor acceso directo en nombre de un servicio integral, por ejemplo, mediante la auto-derivación. Las ventajas de este sistema son que puede evitar retrasos y puede disminuir el estigma asociado con el uso de servicios de salud mental, haciendo que el servicio esté accesible de forma habitual. Sin embargo, las desventajas consisten en que ya que los servicios integrales están limitados por la capacidad del servicio, pueden desarrollarse en la dirección 'equivocada'. Con esto queremos decir que los servicios dados a las personas con menor grado de discapacidad pueden reemplazar aquellos que se dan a las personas con formas más graves de la enfermedad mental, y que algunas de estas personas pueden quedarse sin tratamiento.

Esta situación puede significar que las personas con enfermedades menos discapacitantes sean las que reciban atención en vez de aquellas que más lo necesitan. Esto puede producir los problemas siguientes. En primer lugar, las personas que padecen los trastornos más graves podrían no buscar ayuda, y, por ello, podrían necesitar un modelo de atención que incluya visitas regulares en su domicilio. En segundo lugar, las personas con trastornos psicóticos que generalmente, se ven situadas en las clases sociales más bajas, tienden a tener menos opciones que los demás usuarios, tienden a ser defensores ineficaces de sus propios intereses y necesidades, y generalmente, ejercen una influencia en la política o en el mercado financiero relativamente pequeña. En tercer lugar, el exceso de provisión de servicios puede producir un 'efecto de inducción' mediante el cual los usuarios se acostumbran a recibir múltiples tipos de servicio, mientras que es sólo uno de los tratamientos el que puede estar justificado por la evidencia. En cuarto lugar, el establecimiento del servicio integral como un objetivo a conseguir, de forma indefinida, puede producir una brecha entre las expectativas y la realidad clínica del personal, lo que se puede convertir en una fuente importante de estrés y agotamiento

Continuidad

Muchas personas con enfermedad mental permanente necesitan tanto el tratamiento como el apoyo social de forma continua y fiable. El principio de continuidad está poco definido todavía aunque es posible distinguir entre las dimensiones longitudinales y transversales de la atención continuada. La continuidad longitudinal se refiere a la capacidad de los servicios de ofrecer una serie ininterrumpida de contactos durante un período de tiempo [30]. Esto implica la continuidad del mismo equipo, incluso aunque cambien sus miembros, o bien la garantía de cierta continuidad en los episodios de atención, por ejemplo, entre la hospitalización y el tratamiento comunitario. Un segundo significado de la continuidad longitudinal, también importante es el traslado del expediente de un servicio a otro cuando el usuario cambia de domicilio.

La continuidad transversal incluye la continuidad entre las distintas instituciones que proporcionan los servicios, lo que significa continuidad entre los distintos equipos o programas de salud mental. Esto es especialmente importante en servicios fragmentados. El segundo tipo de continuidad transversal se aplica dentro de

los equipos clínicos, y se refiere a la medida en que los miembros del equipo se comunican entre sí en relación con su trabajo clínico directo con los usuarios.

La ventaja de enfatizar la continuidad es que es más fácil dar un tratamiento y atención consistente, y se pueden evitar intervenciones contradictorias, incluyendo las que derivan del comportamiento de los usuarios atendidos por equipos fragmentados. También puede ser más fácil predecir recaídas y remisiones e incluso intervenir precozmente. Además, estimular la continuidad puede fortalecer la confianza entre el personal y los usuarios, lo que sería algo deseable en sí mismo pero que, sobretodo, puede ser especialmente valioso en los episodios de crisis [31].

La continuidad también puede mejorar la moral del personal al permitir que se mantenga el contacto con los mismos usuarios durante un período de tiempo suficientemente largo como para percibir las mejorías.

La comunicación también puede ayudar a proporcionar un servicio continuado, en momentos en los que parte del personal está de permiso. La continuidad de la comunicación dentro del equipo también mejora la comunicación entre el equipo y los de fuera, incluyendo las familias de los usuarios, los cuales recibirán un mensaje más fundamentado. Este principio también dará lugar a una forma más coherente de tratar los problemas, incluyendo problemas físicos, y también puede facilitar el acceso a otros especialistas. Por último, la continuidad también aumenta las posibilidades de ayudar a los usuarios a resolver sus problemas prácticos, por ejemplo, las solicitudes de prestaciones de asistencia social.

Por otro lado, una insistencia excesiva en la continuidad también puede tener sus inconvenientes. Por ejemplo, puede traer consigo un enfoque rígido que a su vez puede hacer que el usuario se sienta atrapado. La continuidad de cuidados, en la práctica, puede reducir las opciones de los usuarios, de los terapeutas y de los que han realizado la derivación. La continuidad también puede significar una menor tasa de rotación de casos y esto puede desanimar al personal con usuarios de evolución más prolongada que se deterioran o que no mejoran, o con los que son muy exigentes a largo plazo.

Desde la perspectiva del usuario, los servicios orientados a la continuidad pueden limitar el acceso a un tratamiento en particular si el mediador social o gestor de casos no está entrenado en ese tipo de intervenciones. En otras palabras, el punto intermedio puede estar entre la continuidad y la especialización. Por ejemplo, en un sistema con equipos de tratamiento domiciliario (resolución de crisis) [32], éstos pueden ofrecer un apoyo más intensivo en el hogar durante los períodos de crisis, lo que quizá puede evitar la hospitalización, pero puede necesitar tener

también sus discontinuidades, estableciendo cambios frecuentes en los contactos realizados por el personal que realiza las visitas.

El mayor riesgo, sin embargo, es que se fomente una dependencia del servicio por parte del enfermo, que le aliente a representar el 'papel de enfermo crónico' y que le pueda obstaculizar en su camino hacia la recuperación. Por ejemplo, en los hospitales mentales tradicionales se ofrecía un alto grado de continuidad al tiempo que un alto grado de dependencia. Por estas razones consideramos que se necesita un equilibrio adecuado para proporcionar *una continuidad variable*. Creemos que hay un paralelismo entre esto y el uso de los medicamentos. De la misma manera que a veces animaríamos a los usuarios a tomar los medicamentos de forma intermitente, o a variar la dosis de forma consensuada, podemos sugerir que la intensidad con la que se proporciona la continuidad de la atención debe ser variada a fin de mantener y ampliar la autonomía de cada usuario del servicio.

Coordinación

También podemos distinguir entre la coordinación transversal y longitudinal. La primera se refiere a la coordinación de información y servicios dentro de un episodio de atención. La segunda se refiere a la relación entre los profesionales y entre los organismos durante un período de intervención más largo. La comunicación necesaria para garantizar una coordinación adecuada puede ser informal o formal. En los sistemas de servicios descentralizados, tales como los equipos de salud mental comunitarios, se deben clarificar las líneas de comunicación, ya que el personal se ve con menos frecuencia entre sí en el día a día que en un hospital tradicional. Esto puede significar que se necesiten más sistemas formales de comunicación, por ejemplo, reuniones de coordinación cada mañana para informar a todo el personal de la evolución clínica. El papel clave del mediador o gestor de casos es proporcionar la coordinación, tanto transversal como longitudinal, y por ello, en los Departamentos de Salud Mental locales en Italia se refieren a este puesto como el 'Coordinatore', y en Inglaterra recibe el nombre de 'coordinador asistencial'.

Principios guía a nivel individual

Tal y como hemos dicho al principio de este libro, en nuestra opinión, el principal objetivo de la atención en salud mental es lograr un mejor resultado para las

personas con enfermedades mentales (celda 3C en la matriz de salud mental). De la misma manera, debatir sobre los principios carece de sentido si esto no se traduce en la mejora de las condiciones, es decir, mejores *procesos* de intervención en personas con enfermedad mental. Un aspecto importante es el grado en el que se respetan los derechos humanos básicos de las personas con enfermedades mentales, tal y como se muestra en la Tabla 4.7.

Tabla 4.7 Los derechos humanos básicos de las personas con enfermedad mental [33]

- Derecho a la educación
- · Derecho a la propiedad
- Derecho a contraer matrimonio, a fundar una familia, y a respetar la vida familiar
- Derecho de voto
- Derecho de asociación
- Derecho al trabajo

Otra forma en que los principios pueden ser probados en la práctica es evaluar la medida en la que las personas con enfermedad mental son capaces de: (i) disfrutar de los mismos derechos humanos que la población en general, y (ii) ser tratadas en igualdad de condiciones en comparación con las personas con discapacidades físicas [34]. De hecho, el estigma y la discriminación son obstáculos en el camino de todos estos derechos. Es abrumadora la evidencia de que, en cada país, las personas con enfermedad mental tienden a ser sistemáticamente excluidas de la participación social normal en términos de la vida familiar, cuidado de los niños, actividades laborales y sociales [35-37].

Un ejemplo de declaración de principios relevante a nivel individual es la 'Declaración de Madrid', de 1996. Desarrollado durante 20 años, después de las directrices de Hawái (1978) y las de Viena (1983), se consideran las normas éticas mínimas de la profesión psiquiátrica, aplicables a una amplia variedad de situaciones culturales, jurídicas, sociales y económicas. Estos principios se volvieron a revisar nuevamente en 1996 y la revisión de Madrid es la que aparece resumida en la Tabla 4.8 [25].

Tabla 4.8 Resumen de la Declaración de Madrid de 1996

- La psiquiatría busca la provisión del mejor tratamiento de los trastornos mentales, incluyendo la rehabilitación así como la promoción de la salud mental.
- 2. El deber del psiquiatra es mantenerse al tanto de los avances científicos de la especialidad.
- El paciente debe ser aceptado, por derecho, como un igual por derecho en el proceso terapéutico.
- 4. Cuando el paciente esté incapacitado y sea incapaz de ejercer una capacidad de juicio adecuada a causa de un trastorno mental, el psiquiatra deberá consultar con la familia, y, en su caso, buscar asesoramiento legal para salvaguardar la dignidad humana y los derechos legales del paciente. El tratamiento debe ser siempre en el mejor interés del paciente.
- 5. Cuando se pide a un psiquiatra que examine a una persona, es su deber informar a la persona que está siendo evaluada sobre el propósito de la intervención, sobre el uso de las conclusiones y sobre las posibles repercusiones de la evaluación.
- 6. La información obtenida en la relación terapéutica debe ser confidencial y se utiliza sólo con el objetivo de mejorar la salud mental del paciente.
- 7. La investigación que no se realice bajo los cánones de la ciencia no es ética. Sólo individuos debidamente capacitados en la investigación deben iniciarla o dirigirla. Debido a que los pacientes psiquiátricos son sujetos particularmente vulnerables, se deben tomar todo tipo de precauciones especiales para salvaguardar su autonomía, su bienestar mental y su integridad física.

Poniendo en práctica los principios

Los principios que se describen en este capítulo se pueden utilizar, no sólo para la planificación de servicios, sino también para la investigación clínica, como se muestra en la Tabla 4.9, adaptada de Emmanuel *et al.* [38].

Los principios también pueden ser útiles en la práctica al considerar qué tipos de tratamiento son los más aceptables éticamente. Por ejemplo, en muchos países utilizar el tratamiento menos restrictivo y minimizar la coerción en cualquier situación clínica se considera la mejor práctica [39, 40]. Un aspecto de la coerción son las leyes o las normativas que permiten el tratamiento ambulatorio involuntario de las personas con enfermedad mental. Estas disposiciones se denominan a veces órdenes de tratamiento comunitario (OTC), o tratamiento de obligado cumplimiento [41, 42]. Si se priorizan los principios de efectividad y de elección de la opción menos restrictiva en una jurisdicción determinada, cualquier revisión de las OTC llegará a la conclusión de que no hay evidencias que prueben que éstas son efectivas [43, 44].

Tabla 4.9 Requisitos para realizar investigación clínica ética

•	
Requisitos éticos	Cuestiones importantes a considerar
(1) Valor social o científico	El tratamiento/intervención mejorará la salud y aumentará el conocimiento
(2) Validez científica	Uso de principios y métodos científicos aceptados
(3) Selección adecuada de sujetos	Los individuos vulnerables y estigmatizados no serán sujetos de investigaciones arriesgadas y los individuos con poder social no se verán especialmente favorecidos por investigaciones potencialmente beneficiosas.
(4) Tasa favorable de riesgo / beneficio	Minimización de riesgos, aumento de los beneficios potenciales
(5) Revisión independiente	Revisión del diseño de la prueba de investigación por individuos ajenos a la investigación
(6) Consentimiento informado	Dar información a los participantes con el fin de que puedan decidir voluntariamente si quieren participar o mantener su participación
(7) Respeto a los	Permitir el abandono de la investigación:
participantes actuales y potenciales	Protección de la privacidad
	Información de posibles riesgos y beneficios
	Información de los resultados de la investigación clínica
	Salvaguardar el bienestar de los sujetos

La idea principal de este capítulo es que ni las soluciones técnicas de la medicina basada en la evidencia, ni los puntos de vista basados en las ideologías de los distintos grupos interesados pueden usarse en solitario para responder adecuadamente a los distintos tipos de elecciones complejas que se dan en la planificación y provisión de servicios. Más bien, sugerimos que se necesita una forma de *triálogo* para entretejer consideraciones éticas, una comprensión clara de la evidencia, y las opiniones y contribuciones de aquellas personas con una *experiencia* significativa en el campo de la salud mental.

Hasta ahora nos hemos centrado en que los principios pueden ser útiles en la planificación y en la prestación de servicios de salud mental. Sin embargo, también nos gustaría hacer alguna referencia a la manera en la que podemos determinar cuáles son los principios en el nivel local. En líneas generales es importante involucrar a todos los grupos que tienen un interés real en este tipo de cambios en el servicio (las 'partes interesadas'), como se muestra en la Tabla 4.10.

Tabla 4.10 Los actores clave para participar en la discusión de los principios quía

- Consumidores / usuarios del servicio
- Familiares / cuidadores
- Profesionales
- Otros grupos de proveedores de servicios, por ejemplo, organizaciones no Gubernamentales (ONG)
- · Responsables políticos
- Grupos de defensa ciudadana
- Técnicos de planificación de servicios y responsables de la administración pública

La participación de los interesados es importante porque una discusión más amplia es más probable que sea realizada de forma más cuidadosa y que conduzca a mejores soluciones [45, 46]. Pero hay también una razón menos confesable: si alguno de los grupos clave está excluido de estas discusiones, es probable que se oponga a lo que los otros hayan decidido. Esto puede retrasar o incluso detener el desarrollo del servicio. Por lo tanto, en nuestra opinión, la amplia participación en el establecimiento de los principios del servicio es correcta por principio y correcta en la práctica.

Los puntos clave de este capítulo

- Ponemos en primer lugar la ética ya que consideramos que en el cuidado de la salud no hay lugar para intervenciones que sean técnicamente efectivas, pero que no sean éticas.
- Es mejor hacer explícito el marco ético desde el principio del proceso de planificación
- Los derechos humanos básicos de las personas con enfermedad mental incluyen el derecho a la educación, a la propiedad, a casarse, a fundar una familia y a respetar la vida familiar, al voto, a la asociación y al trabajo.
- Nueve principios concretos de posible relevancia son los siguientes: la autonomía, la continuidad, la efectividad, la accesibilidad, la integralidad, la equidad, la responsabilidad, la coordinación y la eficiencia (a los que se podría llamar de forma resumida como los tres ases!).

REFERENCIAS

- 1. Downie RS and Calman KC. Healthy Respect. Ethics in Healthcare. London: Faber & Faber; 1987.
- Beauchamp TL and Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- Holm S. Not just autonomy. The principles of American biomedical ethics. J. Med. Ethics 1995; 21: 332–338.
- Baker D. Human rights for persons with disabilities. In Nagler Mand Kemp EJ (Eds.). Perspectives on Disability. Palo Alto, CA: Health Markets Research; 1993. 483

 –494.
- Amnesty International. Ethical Codes and Declarations Relevant to the Health Professions. London: Amnesty International; 2000.
- Amnesty International. Mental Illness, the Neglected Quarter: Summary Report. Dublin: Amnesty International; 2003.
- United Nations. UN Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care. Adopted by UN General Assembly Resolution 46/119 of 18 February 1992. New York: United Nations; 1992.
- United Nations. Universal Declaration of Human Rights. Adopted and Proclaimed by the UN General Assembly Resolution 217A (III) of 10 December 1948. New York: United Nations; 1948.
- United Nations. International Covenant on Civil and Political Rights. Adopted by the UN General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. New York: United Nations (http://www.ohchr.org/english/countries/ratification/4.htm); 1966.
- United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Adopted by UN General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. New York: United Nations; 1966. 46 Chapter 4. The ethical base
- United Nations. Persons with Disabilities. General Comments Number 5 (Eleventh Session 1994). UN Doc E/C 12/1994/13. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. New York: United Nations; 1994.
- World Health Organisation. WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. Geneva: World Health Organisation; 2005.
- Kingdon D, Jones R and Lonnqvist J. Protecting the human rights of people with mental disorder: new recommendations emerging from the Council of Europe. Br. J. Psychiatry 2004; 185: 277–279.
- 14. Bindman J, Maingay S and Szmukler G. The Human Rights Act and mental health legislation. Br. J. Psychiatry 2003; 182: 91–94.
- Thornicroft G and Szmukler G. The draft Mental Health Bill in England: without principles. Psychiatr. Bull. 2005; 29: 244–247.
- Ministry of Health of Federative Republic of Brazil, PAHO, WHO. The Brazilia Principles. Guiding Principles for the Development of Mental Health Care in the Americas. Geneva: Ministry of Health of the Federative Republic of Brazil, PAHO and WHO; 2005.
- Pan American Health Organization/WHO Regional Office for the Americas. Declaration of Caracas (1990). Adopted on 14 November 1990 by the Regional Conference on the Restructuring of

- Psychiatric Care in Latin America, convened in Caracas, Venezuela. Washington DC: Pan American Health Organization/WHO Regional Office for the Americas.; 1990.
- 18. World Health Organisation. Mental Health Legislation and Human Rights. Geneva: World Health Organisation; 2003.
- World Health Organisation. Mental Health Action Plan for Europe. Copenhagen: World Health Organisation; 2005.
- 20. World Health Organisation. Mental Health Declaration for Europe. Copenhagen: World Health Organisation; 2005.
- 21. Thomicroft G and Szmukler G. The draft Mental Health Bill in England: without principles. Psychiatr. Bull. 2005; 29: 244–247.
- Department of Health. National Service Framework for Mental Health. Modern Standards and Service Models. London: Department of Health; 1999.
- Scottish Executive. Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act. Edinburgh: Scottish Executive; 2003.
- World Health Organisation. World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
- World Psychiatric Association. Declaration of Madrid. Geneva: World Psychiatric Association; 1996.
- Thornicroft G and Tansella M. The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
- 27. Thornicroft G and Tansella M. Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. Psychol. Med. 1999; 29(4): 761–767.
- 28. Thornicroft G and Tansella M. The components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Br. J. Psychiatry 2004; 185: 283–290.
- 29. Thomicroft G and Tansella M. What Are the Arguments for Community-Based Mental Health Care? Copenhagen: World Health Organisation (European Region) Health Evidence Network; 2003. Chapter 4. The ethical base 47
- 30. Johnson S, Prosser D, Bindman J and Szmukler G. Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1997; 32 (3): 137–142.
- 31. Henderson C, Flood C, Leese M, et al. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. BMJ 2004; 329(7458): 136–138.
- 32. Johnson S, Needle J, Bindman J and Thornicroft G. Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
- 33. Bartlett P, Lewis O and Thorold O. Mental Disability and the European Convention on Human Rights. Leiden: Martinus Nijhoff; 2006.
- Thomicroft G. Actions Speak Louder: Tackling Discrimination against People with Mental Illness. London: Mental Health Foundation; 2006.
- Corrigan P. On the Stigma of Mental Illness. Washington, DC: American Psychological Association: 2005.
- Thornicroft G. Shunned: Discrimination against People with Mental Illness. Oxford: Oxford University Press; 2006.

- Sartorius N and Schulze H. Reducing the Stigma of Mental Illness. A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
- Emmanuel EJ, Wendler D and Gradi C. What makes clinical research ethical? JAMA 2000; (283): 2701–2711.
- Appelbaum P and Szmukler G. Treatment pressures, coercion and compulsion. In Thornicroft G and Szmukler G (Eds.). Text book of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001.
- Bindman J, Reid Y, Szmukler G, et al. Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up – a cohort study. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2005; 40(2): 160–166.
- Kisely S and Campbell IA. Does compulsory or supervised community treatment reduce 'revolving door' care?: Legislation is inconsistent with recent evidence. Br. J. Psychiatry 2007; 191: 373–374.
- Kisely S, Campbell LA, Scott A, Preston NJ and Xiao J. Randomized and nonrandomized evidence for the effect of compulsory community and involuntary outpatient treatment on health service use: systematic review and meta-analysis. Psychol. Med. 2007; 37(1): 3–14.
- Kisely S, Campbell L and Preston N. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst. Rev. 2005; 3: CD004408.
- 44. Ridgely MS, Borum R and Petrila J. The Effectiveness of Involuntary Outpatient Treatment. Santa Monica: RAND Corporation; 2001.
- Pescosolido BA, Wright ER and Kikuzawa S. 'Stakeholder' attitudes over time toward the closing of a state hospital. J. Behav. Health Serv. Res. 1999; 26(3): 318–328.
- Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H, Medway J and Dear KB. Research priorities in mental health, Part 2: an evaluation of the current research effort against stakeholders' priorities. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2002; 36(3): 327–339.

La base de evidencia de la atención de salud mental

El objetivo de este capítulo es describir un planteamiento escalonado destinado a identificar la evidencia existente sobre las mejoras de la atención de salud mental. En primer lugar vamos a describir la información epidemiológica básica que pueda ser útil en la planificación de los servicios. A continuación vamos a discutir la manera en que los datos sobre el uso de servicios a nivel local aportan evidencias que pueden apoyar la planificación. Por último, consideraremos los diferentes componentes de un sistema integral de atención de salud mental, en relación con la disponibilidad de recursos.

Para empezar hay que tomar en consideración que las decisiones de planificación deben tomarse en el contexto de una amplia comprensión de las necesidades de salud y de atención social del conjunto de una población. Además, en nuestra opinión, no existe un patrón de los servicios que pueda ser catalogado como el 'mejor', sino un equilibrio entre los componentes del servicio, que tienen un 'grado de ajuste' a las circunstancias locales razonable. Del mismo modo, en ningún lugar existe una escala 'correcta' de provisión, sino sólo estimaciones basadas en la mejor información disponible. En otras palabras, os animamos a encontrar soluciones locales a los retos locales.

Medidas fundamentadas epidemiológicamente en las tasas de prevalencia local

Por lo general es útil tener una visión clara de las necesidades de salud mental de la población a quien se prestan los servicios. La tabla 5.1 indica una serie de pasos para encontrar la mejor información disponible sobre las tasas de prevalencia en la población.

Como muestra la Tabla 5.1, consideramos que la mejor información posible son los datos epidemiológicos locales sobre trastornos mentales, utilizando un sistema de clasificación estándar junto con una medida de las necesidades de tratamiento entre los casos prevalentes identificados [1]. Dado que estas evaluaciones son caras y consumen mucho tiempo, en la mayoría de los lugares no se tendrá acceso a datos locales recientes de este tipo. Si los datos en la primera etapa (1) no están disponibles, sugerimos que se utilicen, en su lugar, los datos epidemiológicos del país o de la región (2), y que luego se ponderen las características socio-demográficas locales. Pero si estos datos de prevalencia de mayor escala no están disponibles, entonces una tercera opción es utilizar las tasas internacionales de estados o regiones 'comparables' y de nuevo ponderar las características socio-demográficas locales (3). Los resultados en este caso serán menos precisos ya que se basan en la suposición añadida de que los datos se pueden transferir entre países.

Tabla 5.1 Formas de estimar la prevalencia de las enfermedades mentales en la población local

(1) Datos epidemiológicos actuales y locales sobre la morbilidad psiquiátrica y la discapacidad de un área en particular por edad, sexo, origen étnico, condición social, y el nivel de urbanicidad

(2) Datos epidemiológicos de país o región ponderados por características socio-demográficas locales

 $(3)\ Datos\ internacionales\ de\ países\ o\ regiones\ 'comparables',\ ajustados\ por\ características\ sociodemográficas\ locales$

(4) Las mejores estimaciones así como la síntesis e interpretación realizadas por expertos y basadas en otras fuentes de información y opinión locales (por ejemplo, el grado de provisión de servicios no sanitarios, el apoyo familiar, las tradiciones locales, o la migración)

En algunos casos, ninguno de los datos descritos en los pasos (1)-(3) estará disponible, y en ese caso, la siguiente opción (4) será el uso de una serie de expertos, de los que algunos de ellos pueden ser del área local, que elaboren una declaración de consenso sobre los tipos y las características de las personas con enfermedad mental de la zona. Una síntesis de este tipo de datos ha de estar basada en la mejor información disponible, tomando en consideración los factores locales (por ejemplo, los niveles de provisión de servicios no sanitarios, el apoyo familiar, las tradiciones, los niveles de riqueza o migración).

Los datos existentes de prestación de servicios sirven como información para la planificación

Otra dimensión del uso de los datos como apoyo a la planificación y la provisión es tomar en consideración los servicios que se prestan localmente. La Tabla 5.2 muestra algunos de los puntos clave que deben ser tenidos en cuenta Por ejemplo, es importante tener claro qué tipos de servicios se ofrecen a través del primer nivel de los servicios generales de salud (atención primaria), cuales son proporcionados por la atención de salud mental especializada (atención secundaria), y cuales por equipos sub-especializados (terciaria). La evaluación de la provisión real de servicios puede llevarse a cabo en dos niveles: (i) los contactos y los servicios que se prestan dentro de cada unidad o equipo clínico (componentes de servicio), y (ii) hasta qué punto estas partes constituyentes funcionan como un conjunto dentro de un sistema completo de servicios. Esta segunda pregunta requiere información adicional como, por ejemplo, los flujos de usuarios entre los diferentes componentes del servicio.

Tabla 5.2 Datos de la provisión de servicios

- Definir las categorías de los componentes del servicio para los niveles primario, secundario
 y terciario de atención (ver modelo de atención general de salud mental para adultos en
 la sección 5.4)
- Cuantificar las capacidades de los componentes del servicio (por ejemplo, número de camas - en el hospital o en lugares alternativos - o el número de casos tratados por un equipo de tratamiento domiciliario en un momento dado)
- Evaluar la calidad de la atención de los centros clínicos (por ejemplo, la evaluación de una inspección de calidad o la realizada por usuarios y cuidadores
- Recopilar información cuantitativa y cualitativa sobre el personal (incluyendo la moral y las tasas de enfermedad)
- Evaluar el grado de integración y coordinación de los componentes dentro de un sistema global de servicios

Este enfoque global-sistémico también abordará la cuestión de si alguna de las categorías de personas con enfermedad mental está mal atendida o incluso totalmente desatendida El grado en el que todo el enfoque global-sistémico se puede aplicar en la práctica depende en gran medida de la forma en que la atención de salud se financia y organiza en cada área. La visión global-sistémica del sistema es más fácilmente utilizable en los servicios de salud estatales o nacionales que tienen un sistema unificado de adjudicación o de prestación de cuidados. Se han desarrollado métodos para guiar la descripción de la atención en salud mental de una manera estructurada. Por ejemplo, la Clasificación Internacional de la Atención en Salud Mental (OMS-CIASM)⁵ [2] es una forma de hacerlo. Más recientemente, se ha desarrollado el Diagrama Europeo de Servicios⁶ con el mismo propósito [3].

El uso de los datos sobre utilización de servicios

Una vez que hemos descrito el panorama de los servicios, ya es posible evaluar el funcionamiento dinámico de sus componentes. Los datos sobre el uso de los servicios locales pueden referirse a intervenciones clínicas o a los individuos, y pueden ser descritos en cuatro apartados:

- (1) Información basada en las intervenciones de un componente determinado del servicio (por ejemplo, el número anual o la tasa de ingresos).
- (2) Información basada en los individuos con referencia a un componente particular del servicio (por ejemplo, el número anual o la tasa de individuos distintos que reciben servicios ambulatorios).
- (3) Información basada en los individuos sobre episodios de enfermedad, desde el inicio hasta la recuperación (por ejemplo, número anual o tasa de episodios depresivos tratados por un servicio determinado).
- (4) Información basada en los individuos sobre los episodios de atención (por ejemplo, número anual o tasa de episodios de tratamiento para la anorexia).

Se puede hacer un perfil de uso real del servicio en cualquier área local, por ejemplo, utilizando las categorías que se muestran en la Tabla 5.3 (en la sección 10.3 de nuestro libro anterior se puede encontrar una discusión más detallada [4]). ¿Cuántas personas reciben tratamiento cada año en cada elemento del servicio? ¿Cuál es el flujo de personas entre las partes que constituyen el sistema? ¿Se pueden

⁵ International Classification of Mental Health Care (ICMHC), en el original ingles. *Nota del trad*.

European Service Mapping Schedule en el original inglés. Nota del trad.

identificar los obstáculos o barreras que impiden que las personas reciban atención en la sección adecuada del sistema de tratamiento?

Tabla 5.3 Ejemplos de información sobre utilización de servicios

- Datos 'basados en hechos' sobre los contactos clínicos por niveles de atención (pacientes internos, pacientes externos, etc.), número de intervenciones y tasas por 10.000 habitantes por año.
- Datos basados en individuos sobre contactos clínicos (mencionados anteriormente) y en los episodios de tratamiento en los diferentes niveles de atención por año.
- Datos sobre los resultados de las enfermedades y los costes de los diferentes contactos clínicos (desglosados por subgrupos de pacientes) con el que establecer la duplicidad y la complementariedad de componentes de servicio en términos de coste-efectividad

Las predicciones de la utilización de servicios también pueden orientar la asignación de recursos financieros a las diferentes áreas. Para ser útiles, tales modelos deben ser simples y estar basados en datos fácilmente disponibles. Por ejemplo, los datos del censo se han utilizado en Inglaterra e Italia para predecir las tasas de ingreso en hospitales psiquiátricos, y han resultado ser útiles para predecir aproximadamente el 70% de la variación en tales tasas dentro de cada país. Estos enfoques combinan factores como la pobreza material (por ejemplo, la tasa de propiedad de vehículos), la educación y el empleo, la red de relaciones, el perfil por edad (% de ancianos que viven solos) o factores demográficos (por ejemplo, origen étnico) [5-7].

Hay una conexión importante entre la oferta de asistencia en cada área local y la demanda que se hace de ella. En *primer lugar*, en el momento en que se ofrecen camas psiquiátricas lo normal es que se ocupen, cualquiera que sea la cantidad [8]. En *segundo lugar*, las categorías del servicio usado suelen estar totalmente regidas por el tipo de servicio disponible a nivel local. Por ejemplo, si en un área determinada no se proporciona el servicio de tratamiento domiciliario las opciones disponibles para el personal al evaluar a un paciente en crisis se restringen a la hospitalización o al ingreso en el hospital de día. De esta forma, la oferta de servicios, a su vez, también conforma la demanda en el sentido de que la familia de un paciente en crisis puede exigir el ingreso, ya que en su experiencia es la única opción que puede ayudar. En *tercer lugar*, el uso de los servicios prestados depende en gran medida de la rotación del sistema, o, en el caso de las camas, por ejemplo, la duración media de la estancia. En otras palabras, tanto los aspectos estructurales como las dinámicas deben ser considerados simultáneamente.

La evidencia de un equilibrio entre el hospital y la atención comunitaria

Si queremos planificar teniendo en cuenta las evidencias, lo que necesitamos ahora es pasar a cuestiones más prácticas y directas. ¿Qué servicios se suministran razonablemente bien, y cuáles deben ser introducidos o fortalecidos en el área particular que se esté considerando?

Para responder tenemos que saber qué recursos están disponibles para el cuidado de la salud mental, y también tenemos que disponer de una planificación general que nos permita saber qué componentes del servicio son necesarios en cada nivel de recursos disponibles. De esta manera esta planificación ayudaría en la elección de las prioridades de la atención de la salud mental y su desarrollo.

En esta sección vamos a respaldar un modelo de 'atención escalonada' para la salud mental de adultos y vamos a aportar la evidencia que apoya este enfoque. Basándonos en una revisión exhaustiva de la literatura científica y centrándonos especialmente en los estudios sobre la 'efectividad' [9], vamos a hablar de los componentes de servicios especiales, y vamos a presentar los resultados en términos de modelos de servicios que son adecuados para zonas con niveles de recursos bajos, medios y altos [10], tal y como se discutió en el Informe Mundial sobre la Salud de la OMS [11]. Tanto el plan de atención escalonada como los tres niveles de recursos son una mera simplificación ideada para presentar realidades complejas de una manera más asequible.

La tabla 5.4 indica que las zonas con bajos niveles de recursos (columna 1) solamente pueden proporcionar la mayor parte o la totalidad de la atención de salud mental en los centros de atención primaria y mediante el personal de atención primaria. En estos casos el apoyo especializado, ya de por sí limitado, puede ofrecer: formación, consulta respecto a casos complejos, y tratamiento y asesoramiento sobre la hospitalización en los casos que la atención primaria no puede cubrir [12, 13]. Algunos países de bajos recursos pueden de hecho estar en una etapa pre-manicomial [14] en la que una aparente atención comunitaria significa en realidad un abandono generalizado de los enfermos mentales. Allí donde existen los manicomios, los responsables políticos se enfrentan a decisiones difíciles sobre si se debe mejorar la calidad de la atención que ofrecen [14], o si, en su lugar, deben convertir los recursos de los grandes hospitales en otros servicios más descentralizados [15].

Tabla 5.4 Componentes del servicio de salud mental en áreas de nivel de recursos bajos, medios y altos: un modelo de atención escalonada.

מכוס מכ מנכווכוסון כסכמוסווממם:		
Areas con bajos niveles de recursos (Étapa A), Arención primaria de salucimental con apoyo especializado	 Áreas con niveles medios de recursos ((Étapa A) Arención primaria de salud mental con apoyo especializado.) (Étapa B) atención general de salud mental de adultos 	 Áreas con bajos niveles de recursos Áreas con niveles de recursos Áreas con niveles de recursos Étapa A). Atención primaria de salud mental con granda de salud mental con apoyo especializado apoyo especializado (Etapa B). Atención general de salud mental de adultos y (Etapa B). Atención general de salud mental de (Etapa C). Atención general de salud mental de adultos y (Etapa B). Atención general de salud mental de (Etapa C). Atención de salud mental atamente especializada adultos
Revisión y evaluación por el personal de atención primaria Tratamientos por medio de la palabra incluyendo orientación y asesoramiento Tratamiento farmacológico		1 Clínicas especializadas para trastomos específicos o grupos de pacientes, incluyendo: - Trastomos de la alimentación - Diagnóstico dual - Trastomos afectivos resistentes al tratamiento - Serviciso nara adolescentes
Enlace y formación con personal espe- cializado de salud mental, cuando esté disponible	2 Equipos de salud mental comunitaria	2 Equipos de salud mental especializados, incluyendo: - Los equipos de intervención temprana - El tratamiento acertico commitario
Apoyo especializado y limitado disponible 3 Hospitalización de procesos agudos para: - Formación	3 Hospitalización de procesos agudos	3. Altemativas a la hospitalización aguda, incluyendo: - Tratamiento en el hogar / equipos de resolución de crisis - Hogares para la atención en crisis / casas de respiro
pitalarios r resueltos 1plo, en los	 4 Cuidados residenciales comunitarios de larga duración 	 Hospitales de día Cuidados residenciales comunitarios de larga 4 Tipos alternativos de atención residencial comunitaria de larga estancia, incluyendo: Oferta de residencia con cuidados intensivos y personal durante las 24 horas alojamiento con menos personal y menos intensivo (y cuidados menos intensivos)
	5 Rehabilitación, ocupación y trabajo	 Angamento independiente Formas alternativas de rehabilitación, ocupación y trabajo: Talleres protegidos
		- tracticas fanorales supervisadas - Planes de trabajo cooperativo - Grupos de usuarios y de autoayuda
		 - Clubs y programas de empleo de transición (puestos de trabajo normalizados con supervisión y respaldo) - Rehabilitación vocacional
		- Colocación v apovo individual

Hemos separado deliberadamente los tipos de atención en estas tres áreas debido a que las diferencias en la atención de salud mental en zonas de recursos bajos y altos (tanto entre países como dentro de los países) son muy amplias. En Europa, por ejemplo, hay entre 5,5 y 20,0 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, mientras que en los países africanos la cifra es de 0.5/100000 [14], la media de camas psiquiátricas es 87 por 100.000 habitantes en Europa, y 3.4 en África [15], y en Europa, alrededor del 5-10% del total del presupuesto de salud se gasta en salud mental [16], mientras que en el continente africano, el 80% de los países gastan menos del 1% de su presupuesto total de salud, que a su vez es limitado, en salud mental. La información relevante en términos comparativos se puede encontrar en la página web del Proyecto Atlas de la OMS [http://www.who.int / mental health] [17].

Las áreas (países o regiones) con un nivel medio de recursos pueden establecer los componentes de servicio que se muestran en la columna 2 en primer lugar, y más tarde, y si los recursos lo permiten, pueden optar por añadir algunos de la gama más amplia de servicios de alta especialización indicada en la columna 3. Elegir cuál de estos servicios más especializados se va a desarrollar en primer lugar depende de factores locales, como por ejemplo: la tradición de servicios, las circunstancias específicas, las preferencias de los consumidores, los cuidadores y el personal, las fortalezas y las debilidades de los servicios existentes, y la manera en que se interpretan y utilizan las evidencias.

Este modelo escalonado también indica que los tipos de atención relevantes y asequibles para las áreas con un alto nivel de recursos incluirán elementos de la columna 3 además de los componentes de las columnas 1 y 2 que suelen estar presentes con antelación. Por lo tanto, el modelo es *aditivo* y *secuencial* en tanto que los nuevos recursos posibilitan niveles adicionales de servicios que pueden desarrollarse a lo largo del tiempo, en el sentido de que los componentes pueden combinarse dentro de cada etapa, cuando la provisión de los componentes en cada etapa anterior se haya completado.

Atención primaria de salud mental con apoyo especializado

Los problemas psicológicos bien definidos son comunes en los centros de atención general y de atención primaria en todos los países, y suelen causar incapacidad en proporción al número de síntomas presentes [18]. En zonas con un bajo nivel de recursos (columna 1) la gran mayoría de los casos de trastornos mentales

tienen que ser reconocidos y tratados en atención primaria [19]. La OMS ha demostrado que la integración de los tratamientos esenciales de salud mental en la atención primaria de salud en estos países es viable [11].

Atención general de salud mental para adultos

Esto se refiere a una serie de componentes de servicio en áreas que pueden sustentar más de un sistema de atención primaria de salud mental. Sin embargo, la identificación y el tratamiento de la mayoría de las personas con enfermedades mentales, especialmente la depresión y los trastornos relacionados con la ansiedad, sigue siendo una tarea que corresponde a la atención primaria. Los elementos necesarios de un servicio integral de salud mental en su forma básica pueden recibir el nombre de 'atención general de salud mental para adultos', y se componen de una amalgama de los cinco componentes troncales siguientes:

(1) Consultas externas / ambulatorias

Estas varían en función de: si las personas pueden auto-derivarse o necesitan ser derivadas por otros organismos como la atención primaria o si existen horarios de citas fijos o si se puede conseguir una valoración sin previa cita y sin ser derivado, si son únicamente los médicos o por el contrario hay profesionales de otras disciplinas que también proporcionan el contacto clínico, si el pago se hace directa o indirectamente, los métodos para mejorar las tasas de asistencia, la forma de responder a los que no asisten, y la frecuencia y duración de los contactos clínicos.

Sorprendentemente hay pocas evidencias disponibles sobre todas estas características fundamentales de la atención a pacientes externos [20], pero existe un fuerte consenso clínico en muchos países en cuanto a que estas clínicas son una forma relativamente eficiente de organizar la provisión de valoración y tratamiento, siempre que los centros clínicos sean accesibles a las poblaciones locales. No obstante estas clínicas son simplemente métodos para facilitar el contacto clínico entre el personal y los pacientes, y por lo tanto la cuestión realmente fundamental es el *contenido* de las intervenciones clínicas, es decir, ofrecer tratamientos conocidos por estar basados en la evidencia [21-23].

(2) Equipos de salud mental comunitaria (ESMC)

Los equipos comunitarios de salud mental son los sillares sobre los que se construyen los servicios de salud mental comunitarios. El modelo de prestación de atención comunitaria más simple consiste en que el ESMC genérico (no especializado) proporcione toda la gama de intervenciones (Incluyendo las aportaciones de psiquiatras, personal de enfermería psiquiátrica comunitaria, trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales), por lo general dando la prioridad a adultos con enfermedades mentales graves, y cubriendo un área geográfica definida [24, 25]. Existe toda una serie de estudios y revisiones sistemáticas, que comparan los ESMC con una variedad de servicios centrados en el hospital, y que sugiere que hay beneficios claros en la introducción de equipos genéricos comunitarios y multidisciplinares: pueden mejorar el compromiso con los servicios, aumentar la satisfacción del usuario, aumentar la cobertura de las necesidades y mejorar la adherencia al tratamiento, aunque no mejoren los síntomas o el funcionamiento social [26-31]. Además, la continuidad de cuidados y la flexibilidad del servicio se han desarrollado mejor en aquellos lugares en donde existía un modelo de ESMC [32].

Se podría decir que *la gestión de casos* es más un método para la *prestación* de atención que una intervención clínica en sí misma, y en este momento la evidencia sugiere que puede llevar a cabo de manera más eficiente en el contexto de los ESMC [33]. Este estilo de trabajo se ha descrito como la "coordinación, la integración y la asignación de atención individualizada con recursos limitados" [34]. La literatura existente hoy día muestra que la gestión de casos puede ser moderadamente efectiva a la hora de mejorar la continuidad de la atención, la calidad de vida y la satisfacción del paciente, pero al mismo tiempo existen evidencias discrepantes sobre su posible impacto en el uso de servicios hospitalarios [35-39]. Por lo tanto, la gestión de casos debe distinguirse cuidadosamente del *tratamiento asertivo comunitario*, mucho más específico e intensivo (ver más abajo).

(3) Hospitalización de procesos agudos

No hay evidencia de que un sistema equilibrado de atención de salud mental pueda desarrollarse sin camas para pacientes agudos. Algunos de los servicios (por ejemplo, los equipos de tratamiento domiciliario, los hogares para la atención en crisis y la atención de procesos agudos en hospitales de día, ver más abajo) pueden ofrecer cuidados alternativos realistas para algunos pacientes voluntarios [40, 41]. Sin embargo aquellos que necesitan una valoración médica urgente, o aquellos con co-morbilidad psiquiátrica y somática grave, recaídas psiquiátricas graves y trastornos de conducta, alto riesgo de suicidio o de agresividad, problemas neuro-psiquiátricos agudos, o personas mayores con trastornos somáticos graves concomitantes, por lo general requerirán de apoyo intensivo e inmediato en unidades hospitalarias para pacientes agudos.

La evidencia disponible hasta la fecha sobre los distintos aspectos de la atención hospitalaria es escasa y la mayoría de los estudios disponibles son relatos descriptivos [42]. Hay pocas revisiones sistemáticas en este campo, una de ellas halló que no había diferencias en los resultados entre los ingresos hospitalarios habituales y las estancias cortas planificadas [43]. En términos generales, si bien existe un consenso en que las unidades de hospitalización de pacientes agudos son necesarias, el número de camas necesarias depende en gran medida de los otros servicios existentes a nivel local y de las características sociales y culturales locales [4]. La atención hospitalaria aguda normalmente absorbe la mayor parte del presupuesto de salud mental [44], por lo tanto, maximizar el índice de rotación de camas, por ejemplo, reduciendo la duración media de la estancia puede ser un objetivo importante, si los recursos liberados de esta manera pueden ser utilizados para otros componentes del servicio. Una cuestión política relacionada se refiere a cómo proporcionar camas de agudos de la manera más humana y menos institucionalizada y que sea aceptable para los pacientes, por ejemplo, situándolas en los hospitales generales [45, 46].

(4) Cuidados residenciales comunitarios de larga duración

Es importante saber si las personas con discapacidades graves y de largo plazo todavía deben ser atendidas en las instituciones tradicionales, generalmente más grandes, o si por el contrario deben ser transferidas a la atención residencial a largo plazo basada en la comunidad. Las evidencias respecto a las zonas de nivel de recursos altos o medios son evidentes. Cuando la desinstitucionalización de quienes han recibido una atención hospitalaria de largo plazo se lleva a cabo cuidadosamente los resultados son más favorables para la mayoría de las personas que están dados de alta a la atención comunitaria [47-49]. Por ejemplo, el estudio TAPS en Londres [50], completó un período de cinco años de seguimiento de más del 95% de las 670 personas hospitalizadas de larga estancia sin diagnóstico de demencia dadas de alta y mostró que:

- Dos tercios de las personas aún vivían en su nueva residencia.
- No hubo un aumento en la tasa de mortalidad o la tasa de suicidios.
- Muy pocas personas se convirtieron en personas 'sin hogar', y nadie dejó de asistir al seguimiento en hogares con dotación profesional.
- Más de un tercio fueron readmitidos brevemente, y en el momento del seguimiento un 10% de la muestra estaban en el hospital.
- La calidad de vida ha mejorado en gran medida por el reencuentro con la comunidad.

- Hubo poca diferencia entre los costes totales en el hospital y en la comunidad.
- Por lo tanto, se puede decir que la atención comunitaria es más coste-efectiva que la atención de larga estancia en el hospital.

Sin embargo, hay menos datos disponibles sobre las necesidades de tratamiento y atención del grupo no institucionalizado de pacientes a largo plazo [51], por lo que las cuidadosas evaluaciones locales de las necesidades de esta población son especialmente importantes. El alcance y la capacidad de atención comunitaria y residencial de larga duración que será necesaria en cualquier área en particular es también altamente dependiente de otros servicios que están disponibles a nivel local, y de factores sociales y culturales, tales como la dimensión de los cuidados que proporciona la familia [52].

(5) Rehabilitación, ocupación y trabajo

Las tasas de desempleo entre las personas con trastornos mentales son por lo general mucho más altas que en la población general [53, 54], y también son más altas que entre las personas con graves discapacidades físicas [55]. Los métodos tradicionales de atención de día y de ocupación han sido los centros de día o también una variedad de centros de rehabilitación psiquiátrica [56, 57]. El conocimiento sobre estos modelos de atención de día es escaso, por ejemplo, una revisión reciente de más de 300 artículos no encontró ensayos clínico aleatorizados y controlados relevantes. Los estudios no aleatorizados han dado resultados contradictorios y, en consecuencia, en las zonas con niveles de recursos medios es razonable, en este momento, tomar decisiones pragmáticas sobre la prestación de servicios de rehabilitación, de ocupación y de trabajo siempre que las opciones más altamente especializadas y las opciones basadas en la evidencias que se mencionan a continuación no sean suficientemente asequibles [58, 59].

Servicios de salud mental altamente especializados

El modelo de atención escalonada sugiere que las zonas con altos niveles de recursos pueden estar proporcionando desde hace tiempo toda o la mayor parte de los componentes de los servicios en los pasos A y B, y por lo tanto tienen la capacidad de ofrecer componentes adicionales a partir de las opciones que se muestran en la fase C en la Tabla 5.4.

(1) Consultas externas

Los dispositivos altamente especializados para pacientes ambulatorios están destinados a trastornos particulares o grupos de pacientes son comunes en muchas áreas de altos recursos. Pueden incluir, por ejemplo, servicios dedicados a personas con trastornos de la alimentación, personas con diagnóstico dual (trastornos psicóticos y abuso de sustancias), casos de trastornos psicóticos o afectivos resistentes al tratamiento, aquellos que requieren formas especializadas de psicoterapia, delincuentes con trastornos mentales, madres con enfermedades mentales y sus bebés, y aquellos con otros trastornos específicos (como el trastorno de estrés post-traumático). Las decisiones tomadas a nivel local sobre si establecer esas clínicas altamente especializadas dependerán de varios factores, por ejemplo, la prioridad relativa en relación con otros servicios altamente especializados que se describen a continuación, las lagunas identificadas en los servicios y las oportunidades de financiación disponibles.

(2) equipos de salud mental comunitarios

Estos son, con mucho, los más investigados de todos los componentes de la atención equilibrada, y la mayoría de las pruebas y revisiones sistemáticas en este campo se refieren a esos equipos [37]. Se han desarrollado particularmente bien dos tipos de equipos de salud mental comunitaria altamente especializados como complementos genéricos del ESMC: los equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) y los equipos de Intervención Temprana (IT).

Equipos de tratamiento asertivo comunitario

Estos proporcionan una forma de tratamiento exterior móvil altamente especializado para personas con los trastornos mentales más incapacitantes y sus características ya han sido claramente descritas [60-63]. En la actualidad existen evidencias sólidas de que el TAC puede producir las siguientes ventajas en las áreas con altos niveles de recursos: (i) reducir los ingresos hospitalarios y el uso de camas de pacientes con procesos agudos, (ii) mejorar el nivel de la vivienda y la ocupación y (iii) aumentar la satisfacción del usuario. Sin embargo, todavía no se ha demostrado que el TAC produzca mejoras en el estado mental o de comportamiento social. El TAC puede reducir el coste de los servicios hospitalarios, pero no cambia el coste total de la atención [64-66]. Sin embargo, no se sabe hasta qué punto el TAC tiene relevancia transcultural y, de hecho, hay evidencias de que el TAC puede ser menos eficaz allí donde los servicios habituales ya ofrecen niveles altos de continuidad de cuidados, por ejemplo, en el Reino Unido, que en entornos en los que el trata-

miento, al igual que el control habitual de la enfermedad, puede ofrecer poco a las personas con enfermedades mentales graves [67-69].

Equipos de intervención temprana

En los últimos años ha habido un interés considerable en la identificación temprana y el tratamiento de los casos de primer episodio de psicosis o de episodios iniciales. Gran parte de esta investigación se ha centrado en el tiempo entre la primera aparición clara de los síntomas y el inicio del tratamiento, conocido como la 'duración de la psicosis no tratada' (DPNT), mientras que otros estudios han enfatizado la necesidad de proporcionar intervenciones familiares cuando se identifica la psicosis por primera vez en una persona joven [70, 71]. Hay evidencias de que la DPNT puede pronosticar la evolución negativa de una psicosis, es decir, si los pacientes esperan mucho tiempo el tratamiento después de desarrollar un cuadro psicótico, también pueden tardar más tiempo en recuperarse y obtener así un pronóstico a largo plazo menos favorable.

Se han publicado pocas pruebas clínicas controladas de este tipo de intervenciones [72, 73], y una revisión sistemática Cochrane [74] llegó a la conclusión de que hay "pruebas insuficientes para sacar conclusiones definitivas, ... el considerable interés internacional en la intervención temprana ofrece la oportunidad de hacer grandes cambios positivos en la práctica psiquiátrica, pero esta oportunidad se puede perder sin un programa internacional coordinado de investigación para hacer frente a las preguntas clave que todavía permanecen sin respuesta. Por lo tanto es aún prematuro juzgar si los equipos de intervención temprana especializada deben ser vistos como una prioridad [75-80].

(3) Las alternativas a la atención hospitalaria aguda

En los últimos años se han desarrollado tres grandes alternativas a la atención hospitalaria de pacientes con procesos agudos: hospitales de día para pacientes agudos, hogares para la atención en crisis y equipos de resolución de crisis y de tratamiento domiciliario. *Los hospitales de día para pacientes agudos* son dispositivos que ofrecen programas de tratamiento de día para las personas con problemas psiquiátricos agudos y graves, como una alternativa al ingreso en las unidades de hospitalización. Una revisión sistemática reciente de nueve ensayos clínicos aleatorizados controlados ha establecido que el hospital de día para pacientes agudos es adecuado para el 30% de las personas que de otra manera serían ingresados en el hospital, y ofrece también las ventajas de una mejoría más rápida y un menor coste. Es razonable concluir que la atención de hospital de día para pacientes agudos es una opción eficaz cuando la demanda de camas de hospitalización es elevada [59, 81].

Los hogares para la atención en crisis son casas situadas en entornos integrados en las comunidades, atendidos por profesionales de la salud mental capacitados y que admiten a personas que de otro modo estarían ingresadas en el hospital. Una amplia variedad de casas de respiro, albergues y refugios se han desarrollado, pero el término hogares para la atención en crisis se utiliza aquí en el sentido de los dispositivos que son alternativas no obligatorias al ingreso en el hospital. La escasa evidencia proveniente de la investigación disponible sugiere que son aceptables para sus residentes [42, 82-84], pueden ser capaces de ofrecer una alternativa al ingreso en el hospital para aproximadamente un cuarto de los pacientes que de otra manera serían ingresados, y además puede ser más coste-efectivo que el ingreso en el hospital [83, 85, 86]. Hay pruebas de que las pacientes mujeres, en particular, prefieren alternativas no hospitalarias (como las hogares para la atención en crisis de un solo sexo) al tratamiento hospitalario de pacientes con procesos agudos, lo que puede reflejar la falta de seguridad percibida en esas clínicas [87].

Los *equipos de tratamiento a domicilio y de resolución de crisis* son equipos móviles de salud mental comunitaria que llevan a cabo reconocimientos de personas en crisis psiquiátricas y proporcionan tratamiento intensivo y atención domiciliaria. Los ingredientes activos más importantes parecen ser las visitas periódicas a los domicilios y la prestación conjunta de asistencia sanitaria y social [88].

Según una revisión sistemática Cochrane [88] la mayor parte de la evidencia de la investigación proviene de los EE.UU. o del Reino Unido, y concluyó que los equipos de tratamiento a domicilio reducen el número de días pasados en el hospital, especialmente si los equipos hacen visitas periódicas a domicilio y tienen la responsabilidad de la salud y la asistencia social [89]. De hecho, un estudio estatal en Inglaterra entre 1998 y 2003 mostró que las hospitalizaciones se redujeron en un 10% en las áreas que tenían los equipos de resolución de crisis, y en un 23% cuando estos equipos ofrecieron un sistema de guardia de 24 horas [90].

Planes de atención en situación de crisis y de voluntades anticipadas: un Plan Conjunto de Actuación en Crisis (PCAC) tiene como objetivo empoderar al titular y facilitar la identificación y el tratamiento precoz de la recaída [91]. Se elabora por el paciente y el profesional de salud mental de forma conjunta. En poder del paciente, el documento contiene sus deseos y puede incluir un acuerdo por adelantado de las preferencias de tratamiento para cualquier urgencia futura, cuando él o ella esté demasiado enfermo para expresar sus puntos de vista con coherencia. El formato del PCAC fue desarrollado después de consultar con los grupos de usuarios a nivel estatal, de mantener entrevistas con las organizaciones y las personas

que utilizan tarjetas de atención en crisis (*crisis cards*) [92], y después de un trabajo de elaboración detallado con los usuarios de la zona sur de Londres. Los resultados del estudio piloto [93] mostraron que (en un seguimiento de 6-12 meses) el 57% de los pacientes que participaron se sintieron más involucrados en sus cuidados, el 60% valoró su situación de forma más positiva, el 51% percibió un mayor control sobre su problema de salud mental y el 41% mostró mayor probabilidad de continuar con el tratamiento [1]. La PCAC podría tener efectos directos e indirectos: los médicos de familia y los cuidadores podrían ser capaces de reaccionar antes ante una recaída, mientras que el personal de urgencias puede tomar mejores decisiones cuando está informado por el PCAC. La negociación del contenido podría clarificar cuestiones relativas al tratamiento y crear un consenso entre los pacientes y los profesionales, disminuyendo potencialmente las formas coercitivas de asistencia y tratamiento en el futuro. Investigaciones recientes han mostrado que los PCAC pueden reducir a la mitad las tasas de tratamiento involuntario en el hospital [94], y también que son coste-efectivas [95].

(4) Formas alternativas de atención residencial comunitaria de larga estancia

Estas opciones suelen funcionar como sustitutos de las salas de larga estancia en las instituciones psiquiátricas [49; 96; 97]. Se pueden identificar tres categorías de este tipo de atención residencial: (i) atención residencial con personal durante las 24 horas (albergues dotados con un número elevado de personal, hogares supervisados o residencias de ancianos, dependiendo de la cualificación profesional del personal); (ii) plazas residenciales con personal de día (albergues u hogares que cuentan con personal durante el día) y (iii) alojamiento con bajo nivel de supervisión (albergues mínimamente supervisados u hogares tutelados). La evidencia disponible sobre el coste-efectividad de este tipo de atención residencial es limitada y no se dispone de revisiones sistemáticas [98]. Por lo tanto, es razonable que los responsables de las políticas sociales y de salud decidan junto con los agentes locales sobre la necesidad de esos servicios [1, 57, 99, 100].

(5) formas alternativas de rehabilitación, ocupación y trabajo

A pesar de que durante un siglo se ha ofrecido la rehabilitación vocacional de varias maneras distintas a las personas con enfermedades mentales graves su rol se ha debilitado debido a los resultados desalentadores, la falta de incentivos financieros y el pesimismo sobre los resultados de las enfermedades de estos pacientes [101-105]. Sin embargo, las alternativas recientes de ocupación y rehabilitación vocacional han planteado de nuevo el empleo como un resultado prioritario. Asociaciones de consumidores y asociaciones de enfermos y familiares han establecido el

trabajo y la ocupación como una de sus principales prioridades, para mejorar tanto la funcionalidad como la calidad de vida [106-108].

Hay indicios recientes de que es posible mejorar los resultados psicosociales y de integración laboral con los modelos de empleo con apoyo, que hacen hincapié en la ocupación rápida de puestos de trabajo competitivos junto con el apoyo de especialistas en integración laboral [109]. Este modelo de Empleo con Apoyo Individual (EAI) enfatiza la colocación competitiva en entornos de trabajo integrados con apoyo de seguimiento [110]. Los estudios de los programas de EAI han sido alentadores en términos de aumento de las tasas de empleo competitivo [59, 111, 112].

Este resumen de la situación pone en evidencia que no hay ningún argumento convincente, ni prueba científica a favor de la utilización en exclusiva de los servicios hospitalarios. Por otro lado, tampoco hay ninguna evidencia de que los servicios comunitarios por sí solos puedan proporcionar atención satisfactoria y completa. Por lo tanto, tanto la evidencia disponible hasta el momento como la experiencia clínica acumulada, sustentan un *enfoque equilibrado* que incluye elementos del hospital y de la atención comunitaria [113].

Los recursos materiales disponibles restringirán en gran medida la manera en que este enfoque se aplique en la práctica. En zonas de bajo nivel de recursos puede ser poco realista invertir en cualquiera de los componentes descritos aquí como cuidado de la salud mental general para adultos (Etapa B), y el objetivo tendrá que dirigirse hacia la atención primaria de salud mental, en donde el papel principal del escaso personal especialista en salud mental será el de apoyar al personal de atención primaria (Etapa A, columna 1 de la tabla 5.4).

Las áreas que se pueden permitir un modelo más especializado de la atención pueden consolidar en primer lugar lo que se describe aquí como cuidado de la salud mental general para adultos (Etapa B), en donde la capacidad de cada componente del servicio se decide en función del equilibrio entre la necesidades locales conocidas [1], los recursos disponibles y las prioridades de los actores locales.

En general, a medida que los sistemas de salud mental se alejan de un modelo de manicomio la proporción del presupuesto total dedicado a las grandes instituciones disminuye gradualmente. En otras palabras, los nuevos servicios fuera del hospital sólo se pueden proporcionar mediante el uso de recursos adicionales (lo que no es común), o utilizando los recursos que se transfieren desde los centros hospitalarios y su personal (que es el caso más habitual). Curiosamente, la evidencia procedente de los estudios de coste-efectividad realizados en relación con la política de desinstitucionalización y la provisión de equipos de salud mental comunitarios, es que la calidad de la atención está estrechamente relacionada con el gasto en servicios, y, en general, los modelos comunitarios de atención son equivalentes en coste a los servicios que sustituyen.

Con el tiempo, y a medida que lo permitan los recursos, cada uno de los componentes del modelo general para adultos se puede complementar con opciones diferenciadas y adicionales, descritas aquí como servicios mentales diferenciados o especializados (Etapa C). Cabe destacar que la evidencia existente sobre estas formas más recientes e innovadoras de atención de la salud mental es más sólida que la de cualquiera de los componentes de los servicios en las etapas A o B descritas anteriormente en relación con los países de bajos recursos, y de hecho muy pocos estudios científicos de alta calidad se han llevado a cabo en los países de bajos ingresos [114, 115]. Por lo tanto, la relevancia para los países menos desarrollados económicamente de la mayoría de las investigaciones publicadas en este campo puede ser baja. Por consiguiente, este esquema sitúa las evidencias de los servicios eficaces en el contexto de los recursos apropiados. Cuando nos referimos a los recursos, no nos referimos únicamente a las inversiones monetarias realizadas, sino también al número de personal disponible, sus niveles de experiencia y conocimientos, su orientación terapéutica y las contribuciones disponibles de las redes sociales y familiares más amplias [19].

Dos consecuencias importantes surgen de este enfoque. En primer lugar, el modelo escalonado de atención sugiere que debe haber un cierto grado de coordinación entre los componentes del servicio, y, en particular, entre la provisión de atención primaria y especializada (tanto en la atención general adulta como en la altamente especializada). Reconocemos que tales mecanismos de planificación pueden ser débiles en algunas áreas. En segundo lugar, este modelo implica que la formación del personal de salud mental debe ser ajustada al nivel alcanzado por el servicio (A, B o C), y el nivel de los recursos de la zona (alto, medio o bajo). En la práctica, es probable que en un área concreta, puedan estar presentes algunos, pero no todos los componentes del servicio descritos aquí, y que las lagunas identificadas puedan informar la planificación de los servicios a nivel local.

Los puntos principales de este capítulo

- Los países con bajos ingresos a menudo dependen de los cuidados de salud mental primarios y comunitarios, con apoyo especializado muy limitado.
- Los países con recursos medios son capaces de complementar esto con las cinco categorías de servicios de salud mental adulta en general: (1) clínicas ambulatorias y de consultas externas, (2) equipos de salud mental comunitaria, (3) atención de procesos agudos, (4) Cuidados residenciales comunitarios de larga duración (5) la rehabilitación, ocupación y trabajo.
- Los países con recursos más altos pueden añadir a estos dos niveles otros servicios adicionales (atención de salud mental altamente especializada en cada una de estas cinco categorías).
- La evidencia disponible, y la experiencia clínica acumulada, sustentan un enfoque equilibrado, que incluye tanto los elementos de la atención comunitaria como una provisión limitada de la atención hospitalaria.
- Los nuevos servicios fuera del hospital sólo pueden ser prestados por el uso adicional de recursos (lo que es poco común), o mediante el uso de los recursos que se transfieren desde los hospitales (lo que es más habitual).

REFERENCIAS

- Thornicroft G. Measuring Mental Health Needs, 2nd edn. London: Royal College of Psychiatrists, Gaskell; 2001.
- World Health Organisation. International Classification of Mental Health Care, 2nd edn. Copenhagen: WHORegional Office for Europe and WHOCollaborating Centre for Research and Training in Mental Health, University of Groningen; 1990.
- Johnson S and Kuhlmann R. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 2000; 405: 14–23.
- 4. Thornicroft G and Tansella M. The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
- 5. Thornicroft G. Social deprivation and rates of treated mental disorder. Developing statistical models to predict psychiatric service utilisation. Br. J. Psychiatry 1991; 158: 475–484.

- Tello JE, Jones J, Bonizzato P, et al. A census-based socio-economic status (SES) index as a tool
 to examine the relationship between mental health services use and deprivation. Soc. Sci. Med.
 2005; 61(10): 2096–2105.
- Glover GR, LeeseMand McCrone P. More severe mental illness is more concentrated in deprived areas. Br. J. Psychiatry 1999; 175: 544–548. Chapter 5. The evidence base 63
- 8. Hansson L. Utilization of psychiatric inpatient care. A study of changes related to the introduction of a sectorized care organization. Acta Psychiatr. Scand. 1989; 79 (6): 571–578.
- 9. Tansella M, Thornicroft G, Barbui C, Cipriani A and Saraceno B. Seven criteria to improve effectiveness trials in psychiatry. Psychol. Med. 2006; 36(5): 711–720.
- Thomicroft G and Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. Br. J. Psychiatry 2004; 185: 283–290.
- World Health Organisation. World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Mubbashar M. Mental health services in rural Pakistan. In TansellaMand Thomicroft G (Eds.).
 CommonMental Disorders in Primary Care. London: Routledge; 1999: 67–80.
- Saxena S and Maulik P. Mental health services in low and middle income countries: an overview. Curr. Opin. Psychiatry 2003; 16: 437

 –442.
- 14. Njenga F. Challenges of balanced care in Africa. World Psychiatry 2002; 1: 96–98.
- Alem A. Community-based vs. hospital-based mental health care: the case of Africa. World Psychiatry 2002; 1: 99–100.
- Becker T and Vazquez-Barquero JL. The European perspective of psychiatric reform. Acta. Psychiatr. Scand. Suppl. 2001;(410): 8–14.
- World Bank. World Development Report 2002. Building Institutions for Markets. Washington DC: World Bank; 2002.
- Ormel J, Von Korff M, Ustun B, Pini S and Korten A. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. JAMA 1994; 272: 1741–1748.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B and Kleinman A. World Mental Health. Problems and Priorities in Low Income Countries. Oxford: Oxford University Press; 1995.
- Becker T. Out-patient psychiatric services. In Thornicroft G and Szmukler G (Eds.). Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001: 277–282.
- Nathan P and Gorman J. A Guide to Treatments That Work, 2nd edn. Oxford: Oxford University Press; 2002.
- Roth A and Fonagy P. What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research. New York: Guildford Press; 1996.
- 23. BMJ Books. Clinical Evidence, Vol. 9 edn. London: BMJ Books; 2003.
- 24. Thomicroft G, Becker T, Holloway F, et al. Community mental health teams: evidence or belief? Br. J. Psychiatry 1999; 175: 508–513.
- Department of Health. Community Mental Health Teams, Policy Implementation Guidance. London: Department of Health; 2002.

- Tyrer P, Morgan J, Van Horn E, et al. A randomised controlled study of close monitoring of vulnerable psychiatric patients. Lancet 1995; 345(8952): 756–759.
- Tyrer P, Evans K, Gandhi N, et al. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. BMJ 1998; 316(7125): 106–109.
- Thornicroft G, Wykes T, Holloway F, Johnson S and Szmukler G. From efficacy to effectiveness in community mental health services. PRiSM Psychosis Study 10. Br. J. Psychiatry 1998; 173: 423–427.
- Simmonds S, Coid J, Joseph P, Marriott S and Tyrer P. Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. Br. J. Psychiatry 2001; 178: 497–502.
- Tyrer S, Coid J, Simmonds S, Joseph P and Marriott S. Community Mental Health Teams (CM-HTs) for People With Severe Mental Illnesses and Disordered Personality (Cochrane Review). Oxford: Update Software; 2003.
- Burns T. Generic versus specialist mental health teams. In Thornicroft G and Szmukler G (Eds.).
 Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001: 231–241.
- Sytema S, Micciolo R and Tansella M. Continuity of care for patients with schizophrenia and related disorders: a comparative south-Verona and Groningen caseregister study. Psychol. Med. 1997; 27(6): 1355–1362.
- 33. Holloway F and Carson J. Case management: an update. Int. J. Soc. Psychiatry 2001; 47(3): 21–31.
- Thornicroft G. The concept of case management for long-term mental illness. Int. Rev. Psychiatry 1991; 3: 125–132.
- 35. Ziguras SJ and Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatr. Serv. 2000; 51(11): 1410–1421.
- Ziguras SJ, StuartGWand Jackson AC. Assessing the evidence on case management. Br. J. Psychiatry 2002; 181: 17–21.
- Mueser KT, Bond GR, Drake RE and Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. Schizophr. Bull. 1998; 24(1): 37–74.
- Saarento O, Hansson L, Sandlund M, et al. The Nordic comparative study on sectorized psychiatry. Utilization of psychiatric hospital care related to amount and allocation of resources to psychiatric services. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1996; 31(6): 327–335.
- Hansson L, Muus S, Vinding HR, et al. The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry: contact rates and use of services for patients with a functional psychosis. Acta Psychiatr. Scand. 1998; 97(5): 315–320.
- Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. BMJ 2005; 331(7517): 599.
- 41. Johnson S, Nolan F, Hoult J, et al. Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team. Br. J. Psychiatry 2005; 187: 68–75.
- Szmukler G and Holloway F. In-patient treatment. In Thornicroft G and Szmukler G (Eds.). Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001: 321–337.
- 43. Johnstone P and Zolese G. Systematic review of the effectiveness of planned short hospital stays for mental health care. BMJ 1999; 318(7195): 1387–1390.
- 44. Knapp M, Chisholm D, Astin J, Lelliott P and Audini B. The cost consequences of changing the

- hospital-community balance: the mental health residential care study. Psychol. Med. 1997; 27(3): 681-692.
- Quirk A and Lelliott P. What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A review of the research evidence. Soc. Sci. Med. 2001; 53(12): 1565–1574.
- Tomov T. Central and Eastern European Countries. In Thornicroft G and Tansella M (Eds.). The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services. Cambridge: Cambridge University Press; 2001: 216–227.
- Tansella M. Community psychiatry without mental hospitals the Italian experience: a review. J.R. Soc. Med. 1986; 79(11): 664–669.
- Thomicroft G and Bebbington P. Deinstitutionalisation from hospital closure to service development. Br. J. Psychiatry 1989; 155: 739–753.
- Shepherd G and Murray A. Residential care. In Thornicroft G and Szmukler G (Eds.). Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001: 309

 –320.
- 50. Leff J. Care in the Community. Illusion or Reality? London: John Wiley & Sons, Ltd.; 1997.
- 51. Holloway F, Wykes T, Petch E and Lewis-Cole K. The new long stay in an inner city service: a tale of two cohorts. Int. J. Soc. Psychiatry 1999; 45(2): 93–103.
- Van Wijngaarden GK, Schene A, Koeter M, et al. People with schizophrenia in five European countries: conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving. Schizophr. Bull. 2003; 29(3): 573–586.
- 53. Warner R. Recovery from Schizophrenia, 2nd edn. London: Routledge; 1994.
- 54. Warr P. Work, Unemployment and Mental Health. Oxford: Oxford University Press; 1987.
- Social Exclusion Unit. Mental Health and Social Exclusion. London: Office of the Deputy Prime Minister; 2004.
- Shepherd G. Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd: 1990.
- Rosen A and Barfoot K. Day care and occupation: structured rehabilitation and recovery programmes and work. In Thornicroft G and Szmukler G (Eds.). Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001: 296–308.
- 58. Catty J, Burns T and Comas A. Day Centres for Severe Mental Illness (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software; 2003.
- Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. Health Technol. Assess. 2001; 5(21): 1–75.
- Deci PA, Santos AB, Hiott DW, Schoenwald S and Dias JK. Dissemination of assertive community treatment programs. Psychiatr. Serv. 1995; 46(7): 676–678.
- Teague GB, Bond GR and Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. Am. J. Orthopsychiatry 1998; 68(2): 216–232.
- Scott J and Lehman A. Case management and assertive community treatment. In Thomicroft G and Szmukler G (Eds.). Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001: 253–264.

- Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, et al. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. BMJ 2006; 332(7545): 815–820.
- Marshall M and Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software; 2003.
- Phillips SD, Burns BJ, Edgar ER, et al. Moving assertive community treatment into standard practice. Psychiatr. Serv. 2001; 52(6): 771–779.
- Latimer EA. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. Can. J. Psychiatry 1999; 44(5): 443

 –454.
- Fiander M, Burns T, McHugo GJ and Drake RE. Assertive community treatment across the Atlantic: comparison of model fidelity in the UK and USA. Br. J. Psychiatry 2003; 182: 248–254.
- Burns T, Creed F, Fahy T, et al. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. UK 700 Group. Lancet 1999; 353(9171): 2185–2189.
- Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U and Rossler W. Case management and assertive community treatment in Europe. Psychiatr. Serv. 2001; 52(5): 631–636.
- Addington J, Coldham EL, Jones B, Ko T and Addington D. The first episode of psychosis: the experience of relatives. Acta Psychiatr. Scand. 2003; 108(4): 285–289.
- Raune D, Kuipers E and Bebbington PE. Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. Br. J. Psychiatry 2004; 184: 321–326.
- Kuipers E, Holloway F, Rabe-Hesketh S and Tennakoon L. An RCT of early intervention in psychosis: Croydon Outreach and Assertive Support Team (COAST). Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2004; 39(5): 358–363.
- Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. BMJ 2005; 331(7517): 602.
- Marshall M and Lockwood A. Early Intervention for psychosis. Cochrane Database Syst. Rev. 2004;(2): CD004718.
- McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. Arch. Gen. Psychiatry 2002; 59(10): 921–928.
- McGorry PD and Killackey EJ. Early intervention in psychosis: a new evidencebased paradigm. Epidemiol. Psichiatr. Soc. 2002; 11(4): 237–247.
- Friis S, Larsen TK, Melle I, et al. Methodological pitfalls in early detection studies the NAPE Lecture 2002. Nordic Association for Psychiatric Epidemiology. Acta Psychiatr. Scand. 2003; 107(1): 3–9.
- Harrigan SM, McGorry PD and Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? Psychol. Med. 2003; 33(1): 97–110.
- 79. Larsen TK, Friis S, Haahr U, et al. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. Acta Psychiatr. Scand. 2001; 103(5): 323–334.
- Warner R and McGorry PD. Early intervention in schizophrenia: points of agreement. Epidemiol. Psichiatr. Soc. 2002; 11(4): 256–257.
- 81. Wiersma D, Kluiter H, Nienhuis FJ, Ruphan M and Giel R. Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. Br. J. Psychiatry Suppl. 1995;(27): 52–59.

- Sledge WH, Tebes J, Wolff N and Helminiak TW. Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part II: Service utilization and costs. Am. J. Psychiatry 1996; 153(8): 1074–1083.
- SledgeWH, Tebes J, Rakfeldt J, et al. Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part I: Clinical outcomes. Am. J. Psychiatry 1996; 153(8): 1065–1073.
- 84. Davies S, Presilla B, Strathdee G and Thomicroft G. Community beds: the future for mental health care? Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1994; 29(6): 241–243.
- Sledge WH, Tebes J, Wolff N and Helminiak TW. Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part II: Service utilization and costs. Am. J. Psychiatry 1996; 153(8): 1074–1083.
- 86. Mosher LR. Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review. [Review] [48 refs]. J. Nerv. Mental Disease 1999; 187(3): 142–149.
- 87. Killaspy H, Dalton J, McNicholas S and Johnson S. Drayton Park, an alternative to hospital admission for women in acute mental health crisis. Psychiatr. Bull. 2000; 24: 101–104.
- 88. Catty J, Burns T, Knapp M, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. Psychol. Med. 2002; 32(3): 383–401.
- Joy C, Adams C and Rice K. Crisis Intervention for People With Severe Mental Illness (The Cochrane Library). Oxford: Update Software; 1998.
- Glover G, Arts G and Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. Br. J. Psychiatry 2006; 189(5): 441–445.
- 91. Sutherby K, Szmukler GI, Halpern A, et al. A study of 'crisis cards' in a community psychiatric service. Acta Psychiatr. Scand. 1999; 100(1): 56–61.
- Sutherby K and Szmukler GI. Crisis cards and self-help crisis initiatives. Psychiatr. Bull. 1998;(22): 4–7.
- 93. Sutherby K, Szmukler GI, Halpern A, et al. A study of 'crisis cards' in a community psychiatric service. Acta Psychiatr. Scand. 1999; 100(1): 56–61.
- 94. Henderson C, Flood C, Leese M, et al. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. BMJ 2004; 329(7458): 136.
- 95. Flood C, Byford S, Henderson C, et al. Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. BMJ 2006; 333(7571): 729.
- 96. Shepherd G, Muijen M, Dean R and Cooney M. Residential care in hospital and in the community quality of care and quality of life. Br. J. Psychiatry 1996; 168(4): 448–456.
- Trieman N, Smith HE, Kendal R and Leff J. The TAPS Project 41: homes for life? Residential stability five years after hospital discharge. Team for the Assessment of Psychiatric Services. Community Ment. Health. J. 1998; 34(4): 407–417.
- Chilvers R, Macdonald G and Hayes A. Supported Housing for People With Severe Mental Disorders (Cochrane Review). Oxford: Update Software; 2003.
- Nordentoft M, Knudsen HC and Schulsinger F. Housing conditions and residential needs of psychiatric patients in Copenhagen. Acta Psychiatr. Scand. 1992; 85(5): 385–389.
- 100. Hafner H. Do we still need beds for psychiatric patients? An analysis of changing patterns of mental health care. Acta Psychiatr. Scand. 1987; 75(2): 113–126.
- 101. Polak P and Warner R. The economic life of seriously mentally ill people in the community. Psychiatr. Serv. 1996; 47(3): 270–274.

- 102. Lehman AF, Carpenter WT, Jr., Goldman HH and Steinwachs DM. Treatment outcomes in schizophrenia: implications for practice, policy, and research. Schizophr. Bull. 1995; 21(4): 669– 675.
- 103. Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R and De Jong A. Assessment of needs for care among patients with schizophrenic disorders 15 and 17 years after first onset of psychosis. Epidemiol. Psichiatr. Soc. 1997; 6(1 Suppl): 21–28.
- 104. Latimer EA, Lecomte T, Becker DR, et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomized controlled trial. Br. J. Psychiatry 2006; 189: 65–73.
- 105. Cook JA, Leff HS, Blyler CR, et al. Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62(5): 505–512.
- 106. Thornicroft G, Rose D, Huxley P, Dale G and Wykes T. What are the research priorities of mental health service users? J. Mental Health 2002; 11: 1–5.
- 107. Becker DR, Drake RE, Farabaugh A and Bond GR. Job pREFERENCIAS of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. Psychiatr. Serv. 1996; 47(11): 1223–1226.
- Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. Epidemiol. Psichiatr. Soc. 2005; 14(1): 10–14.
- Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR, et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. Arch. Gen. Psychiatry 1999; 56(7): 627–633.
- 110. Priebe S, Warner R, Hubschmid T and Eckle I. Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. Schizophr. Bull. 1998; 24(3): 469–477.
- 111. Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. Arch. Gen. Psychiatry 2002; 59(2): 165–172.
- 112. Burns T, Catty J, Becker T, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. Lancet 2007; 370 (9593): 1146–1152.
- 113. Thornicroft G and Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. World Psychiatry 2002; 1: 84–90.
- 114. Patel V and Sumathipala A. International representation in psychiatric literature: survey of six leading journals. Br. J. Psychiatry 2001; 178: 406–409.
- 115. Isaakidis P, Swingler GH, Pienaar E, Volmink J and Ioannidis JP. Relation between burden of disease and randomised evidence in sub-Saharan Africa: survey of research. BMJ 2002; 324(7339): 702

La base de experiencia en la atención de salud mental

Ann law, Graham Thornicroft, y Michele Tansella

La síntesis de la experiencia

En este capítulo vamos a exponer los temas más importantes que surgen en la práctica diaria, para que os puedan ser de utilidad y para que podáis ponerlos en práctica a medida que intentéis mejorar la atención de salud mental. En los capítulos anteriores hemos descrito las aportaciones de la ética y desde el conjunto de evidencias disponibles. Ahora vamos a discutir el tercer lado de este triángulo: la experiencia.

El punto de partida en este capítulo es nuestra propia experiencia acumulada en el desarrollo de servicios de salud mental comunitarios en Inglaterra e Italia en los últimos 20 ó 30 años. En un primer momento organizamos lo que habíamos aprendido sobre toda una serie de cuestiones y problemas fundamentales, tal y como se describe a continuación. Más adelante nos pusimos en contacto con colegas de todo el mundo para preguntarles acerca de sus experiencias en estas cuestiones, utilizando un cuestionario simple y semi-estructurado. Ahora vamos a exponer las respuestas de estos colegas procedentes de 25 países distintos (desde África a América del Sur, Central y del Norte, desde Asia y Europa a Australia y Oceanía). Las respuestas expuestas y resumidas en este capítulo provienen de personas que tienen una amplia experiencia en sus respectivos países y a nivel internacional en introducir cambios en la atención de la salud mental y cuyos datos se facilitan en el apartado de agradecimientos. Se les preguntó por sus puntos de vista sobre las propuestas que hacíamos basadas en nuestra propia experiencia, si estaban de acuerdo o en desacuerdo con ellas y se les pidió hacer comentarios sobre hasta

qué punto sus experiencias se correspondían con las nuestras. Sus contribuciones, que en gran medida han confirmado y validado nuestros propios puntos de vista iniciales, se resumen en las siguientes secciones de este capítulo, y también se utilizan como ejemplos para ilustrar los puntos más importantes en otros capítulos. A todos ellos queremos manifestar nuestro profundo agradecimiento. Los puntos resumidos en este capítulo se analizarán con más detalle en otras partes de este libro.

La selección de estos comentaristas no está exenta de sesgos, ni sus puntos de vista son totalmente imparciales. Lo que en realidad hemos hecho es lo que suele hacerse en la práctica general, tanto clínica como de gestión, cuando se presenta la oportunidad de mejorar la atención de salud mental, es decir, hemos pedido consejo a personas en cuyo juicio confiamos. Por consiguiente, este capítulo presenta una visión general de lo que este ejercicio colectivo basado en la experiencia revela en términos de enfoques pragmáticos para la mejora de los servicios de salud.

Un marco de trabajo emanado de la experiencia

A partir de nuestra propia experiencia, hemos llegado a la conclusión provisional de que las siguientes cuestiones son fundamentales para el desarrollo de servicios de salud mental equilibrados:

- Los servicios deben reflejar las prioridades de los usuarios de los servicios y de los cuidadores.
- La evidencia apoya tanto la necesidad de los servicios de hospital como la de los servicios comunitarios.
- Los servicios deben estar siempre cerca de casa.
- Algunos servicios tienen que ser más móviles que estáticos.
- Las intervenciones deben abordar tanto los síntomas como las discapacidades.
- El tratamiento debe ser individual y adaptado a las necesidades individuales.

Se debe tener en cuenta las prioridades de los clientes con independencia del sistema de 'atención de la salud mental' ya que éste a menudo está orientado por la técnica. [Alemania]

Hemos recibido un fuerte apoyo por parte de nuestros colegas a nivel internacional en relación con estas ideas y su potencial como pilares centrales del desarrollo de los servicios. Una gran parte de ellos hicieron hincapié en la importancia del primer punto en particular, es decir, la necesidad de garantizar que los servicios reflejen las prioridades de los usuarios y los cuidadores. Del mismo modo, muchos expertos coincidieron en que sigue habiendo un papel, a menudo limitado, de las camas psiquiátricas para procesos agudos, por lo general en hospitales generales, aun cuando los servicios y los equipos de la comunidad hayan sido totalmente desarrollados.

Según nuestra experiencia, Turquía se encuentra en el inicio de la atención comunitaria. Como resultado de la falta de servicios comunitarios los dispositivos hospitalarios están sobrecargados y la cooperación con el paciente es baja.

Los que están en los países de bajos y medianos ingresos a menudo describen una situación en la que ninguna de estas condiciones se pueden aplicar en la actualidad. Por ejemplo, si no existen grupos de usuarios o pacientes no se les puede consultar o involucrar en la planificación. También ha habido un fuerte consenso alrededor de la idea de que en la atención moderna y equilibrada no hay lugar para las largas estancias en los hospitales psiquiátricos.

El hospital general de Sarawak en el que trabajé tiene solamente servicios para pacientes externos, por lo tanto el servicio comunitario es en última instancia como un accesorio importante del servicio actual. La institución mental soporta un fuerte estigma entre la población local y por lo tanto el servicio comunitario que se crea en un hospital general ha ayudado inmensamente a algunos de los pacientes que necesitan atención hospitalaria. [Malasia]

Atención general de salud mental para adultos

Vamos a discutir, en el contexto más amplio de estas directrices, las principales categorías de servicios necesarias para la atención integral. En el capítulo 5 describimos cinco categorías principales del servicio, de las cuales todas son necesarias para proporcionar una oferta integral de servicios locales.

- Consultas externas o ambulatorias
- Equipos de salud mental comunitaria

- Hospitalización de procesos agudos
- Cuidados residenciales comunitarios de larga duración
- Rehabilitación, ocupación y trabajo

A lo largo de los diferentes países existe un fuerte consenso sobre la necesidad de todas estas categorías de atención. Además, puede ser importante desarrollar variaciones, o incluso formas de apoyo autónomas, organizadas directamente por los usuarios, tales como personal de apoyo entre iguales (*peer support workers*), personal de defensa y mediación entre iguales (*peer advocacy workers*) o grupos de autoayuda.

Sin embargo, la atención de salud mental debería estar complementada por los grupos de apoyo entre pares y otras actividades de usuarios. [Finlandia]

En términos prácticos esto significa que mientras el servicio está en transición no es necesario retrasar la reducción del tamaño de un hospital de larga estancia psiquiátrica hasta que todos estos componentes existan en la comunidad. Eso, a menudo, sería imposible porque la más importante o incluso la única fuente de fondos para los servicios de la comunidad proviene de los ahorros en los grandes hospitales cuando reducen su tamaño.

Sin embargo, en los países en desarrollo puede que no sea posible tener 'equipos de salud mental comunitaria'. Los argumentos a menudo tienden a consistir en que si no se tienen todos los elementos que se mencionan las personas deben mantenerse en los hospitales de larga estancia. [Sudáfrica]

De hecho, en muchas ocasiones, hay un dilema sobre si invertir fondos en el aumento de la calidad de la atención en los grandes y generalmente descuidados hospitales psiquiátricos, o más bien en el desarrollo de servicios fuera del hospital. En nuestra experiencia, la respuesta a este dilema tendrá que conformarse de acuerdo con las circunstancias locales, pero, en general, es importante destinar progresivamente a los servicios comunitarios una proporción creciente de todo el presupuesto de salud mental, y en muchos casos en última instancia la mayoría del presupuesto, mientras que al mismo tiempo es también importante elevar la calidad de la atención a un nivel aceptable en las instituciones ya de por sí menguantes. Aquí también hay un equilibrio: una transferencia de recursos demasiado rápida

puede producir nuevos servicios clínicos inestables y confusos que no son capaces de ofrecer una atención integral, especialmente a las personas con trastornos mentales a largo plazo: un proceso demasiado lento puede no permitir ninguna oportunidad para que se cree el cambio.

Unos psiquiatras jóvenes me explicaron que el lugar de un psiquiatra está en el hospital y la comunidad es para los fracasados y los incompetentes. [Rumanía]

La inversión durante la transición de un sistema basado en el hospital a uno más basado en la comunidad debe orientarse hacia la capacitación del personal, tanto en el hospital como en la comunidad, para lograr actitudes y prácticas orientadas hacia el individuo (los recursos invisibles) más que hacia las inversiones en las instalaciones físicas. La ventaja de esta forma de establecer prioridades es que el personal en el futuro, dondequiera que trabaje, tendrá un enfoque más terapéutico y más centrado en el cliente.

Muchas instituciones de hospitalización no proporcionan ninguna rehabilitación psicosocial, trabajo u ocupación a sus pacientes y son más bien 'almacenes hospitalarios' donde los pacientes son simplemente encerrados en salas con condiciones terribles. En el año 2005 iniciamos un proyecto de ocupación e implicación de pacientes en la rehabilitación psicosocial y, según numerosas entrevistas con el personal y los pacientes, ha tenido un impacto muy positivo en el bienestar de los participantes.

Los participantes

En nuestra opinión, los servicios de salud mental se planifican mejor agrupando a todos los participantes activamente interesados en la mejora de la atención de salud mental, incluyendo:

- Usuarios
- Familiares y cuidadores
- Profesionales (salud mental y atención primaria)
- Otros grupos de proveedores de servicios, por ejemplo, organizaciones no gubernamentales
- Autoridades políticas
- Asociaciones de enfermos y familiares de enfermos
- Técnicos de planificación

Este punto de vista ha recibido un gran apoyo por parte de los colegas de todos los países, pero sin embargo, a menudo la frustración aparece cuando esto no sucede en la práctica.

Pero hacerlo realidad es todavía un sueño en nuestro país. Estas cuestiones han sido discutidas ampliamente en asambleas locales, estatales y federales llamadas Conferencias de Salud Mental. Sin embargo, la aplicación de estas políticas es el siguiente paso. [Brasil]

Por otra parte, también existe la necesidad de asegurar una consideración equitativa en la planificación de los servicios a los grupos menos poderosos para que puedan defender sus propios intereses.

Es importante asegurar la equidad y el acceso a servicios de salud mental para todos. Las necesidades de los 'grupos invisibles', como los inmigrantes ilegales, las víctimas del tráfico de personas, presos, minorías étnicas (por ejemplo, el pueblo gitano), se pueden olvidar si no se defienden activamente por alguno de los participantes. Para garantizar la equidad, políticos y funcionarios de salud pública deben participar en la planificación. [Finlandia]

De hecho, en algunas ocasiones la participación de las partes interesadas puede ser incluso requerida por la ley.

Sin embargo, es necesario asegurarse de que los usuarios tengan más que un lugar simbólico en este proceso, hay que empoderarlos y facilitarles que participen activamente. Según el derecho internacional, como las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades de las Naciones Unidas para las personas con discapacidad, las personas con discapacidad tienen derecho a participar en la toma de decisiones que les afecten a ellos o a ellas. [Irlanda]

Al mismo tiempo, está claro que hay una 'asimetría de la información, la capacidad de presionar y el poder' [Alemania] entre profesionales y usuarios del servicio. Los grupos menos poderosos pueden tener que tomar medidas especiales para aumentar su influencia. "Por lo menos en Rumanía las organizaciones no gubernamentales con el fin de sobrevivir tienen que ser muy agresivas para captar la atención de los medios de comunicación." Al mismo tiempo, algunos participantes tienen roles más poderosos que facilitan o vetan cambios en el servicio.

Mi experiencia es que el sistema de financiación y los proveedores de servicios existentes son partes muy importantes y poderosas en el proceso de mejora. Hace falta tiempo [para] cambiar los directores de hospitales y ... [esto será] muy efectivo para la reforma. [Letonia]

¿Qué se puede hacer cuando no existan algunos socios clave? En este caso, puede ser necesario tener una visión a largo plazo y para los que controlan los recursos financieros de la salud mental quizá sea necesario también iniciar y apoyar el crecimiento de grupos de usuarios y familiares.

En algunos países, sin embargo, los consumidores y los familiares han estado tan faltos de poder y tan estigmatizados que conseguir su participación significativa es extremadamente difícil. La creación de grupos de consumidores que puedan hablar en nombre de ellos mismos y en el de otros consumidores puede ser un proceso extremadamente lento. Esto, a su vez, puede llevar a la falta de movimiento en el desarrollo de servicios, mientras que 'se espera que los consumidores participen'. [Sudáfrica]

Diez retos principales

A partir de nuestra experiencia en el desarrollo y el trabajo en servicios de salud mental de la comunidad hemos identificado 10 retos principales a los que se enfrentan las personas comprometidas con la mejora de la atención de salud mental, que se presentan aquí en cursiva en el primer cuadro en cada una de las 10 secciones siguientes, seguido de fragmentos seleccionados de las observaciones de nuestros 27 entrevistados procedentes de 25 países distintos.

Reto 1. Ansiedad e incertidumbre

La creación de nuevos servicios necesariamente produce incertidumbre sobre el futuro. Generalmente es útil que se adquieran compromisos claros como por ejemplo, garantizar al personal que no habrá despidos. Es una ventaja tener algunos funcionarios que prefieren trabajar en el hospital ya que estos servicios serán necesarios en el futuro. Los líderes del servicio pueden ayudar al personal apoyando abiertamente la toma compartida de riesgos, y permitiendo errores, siempre y cuando no sea un proceso de aprendizaje o adaptación al mismo tiempo.

Hemos encontrado un fuerte consenso internacional sobre estas propuestas. El reto es implementar cambios a un ritmo adecuado: "Demasiada rapidez aumentará la ansiedad para algunas personas, demasiada lentitud desmotivará a otras personas" [Bélgica]. Sin embargo, la asunción de riesgos no suele ser el lado fuerte de un sistema estable, sobre todo en el sector estatal: "la mayoría de los profesional de la salud mental trabajan en los servicios de salud pública. El concepto de asunción de riesgos no se ajusta a nuestra experiencia cotidiana" [Brasil]. Una manera de manejar esta necesidad de motivar al personal es fomentar una cultura de aprendizaje: "El personal tiene que experimentar cómo la atención de salud puede ser diferente ... pensamos que un elemento fundamental es un ambiente de trabajo constructivo donde los errores se transforman en una mejor atención de la salud mental" [Alemania]. Otra manera de hacer frente a la ansiedad es insistir en un calendario de cambios en el servicio que sea asumible. "el plan debe ser realista y debe ser respetado" [Grecia].

Además, al personal le suele resultar el cambio más aceptable si se descompone en pasos más pequeños y más manejables: "La ansiedad provocada por la incertidumbre del resultado de los nuevos servicios era inevitable, pero decidimos avanzar paso a paso, y eso fue de gran ayuda" [Malasia]. Un error común de los altos directivos y el personal clínico es decirle al personal subalterno qué va a cambiar (en una nueva estructura de servicio), pero no por qué se van a llevar a cabo los cambios: "Es útil aclarar qué cambios se van a llevar a cabo y lo que eso significa para el personal" [Moldavia]. En nuestra experiencia, la mayoría del personal en los servicios de salud mental desean sinceramente contribuir a un mejor tratamiento y una mejor atención, y por esta razón es de vital importancia explicar a todo el personal, a veces con gran detalle, las razones de los cambios en el servicio, antes de hablar de más detalles prácticos: "Cuando estábamos planeando los nuevos servicios el personal clínico se había mostrado a menudo preocupado por el cambio y por eso hicieron muchas preguntas. Resultó evidente que la respuesta a estas preocupaciones fue muy útil para todas las partes" [Tayikistán].

La garantía de que no habrá despidos (siempre que sea posible) puede ser muy útil, y se puede llevar a cabo por ejemplo mediante discusiones constructivas con los sindicatos. Pero lo cierto es que en países con bajos recursos habrá una alta tasa de puestos para cubrir y la cuestión del despido no se plantea: "El sistema es tan escaso de personal que cualquier desarrollo significaría contratación de nuevos enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales (ien este momento no tenemos casi ninguno!)" [Rumanía]; "Nuestro principal desafío es retener al personal en el contexto de una grave escasez de personal" [Sudáfrica].

La Junta reconoce que el personal, los usuarios y los cuidadores tomarán decisiones arriesgadas, ya que es posible que no obtengan resultados predecibles o exitosos. Tomar estas decisiones, a menudo difíciles, es una parte de la práctica cotidiana. La Junta apoya totalmente al personal en la toma de estas decisiones siempre y cuando se hagan de manera responsable y en referencia a los principios de la buena práctica profesional.

Las formas de garantizar una toma de riesgos responsable pueden ser:

- Hacer uso de los planes de crisis y de planificación de emergencias del Care Programm Approach (CPA) puede ayudar a llegar a unas decisiones de alto riesgo y asegurar una buena comunicación.
- Discutir plenamente las decisiones que sean arriesgadas con los miembros principales del equipo.
- Contrastar las decisiones con los colegas.
- Buscar consejos en los colegios profesionales.
- Buscar el asesoramiento de los abogados de la Fundación.
- Las entradas en el registro de atención de la salud deben precisar con claridad cómo se tomó la decisión y las alternativas que se consideraron.
- Las anotaciones por escrito pueden permitir justificar las decisiones.

(Extracto del London South y Maudsley NHS Foundation Trust Policy sobre la toma responsable de riesgos)

Reto 2. Falta de estructuras en los servicios comunitarios

El cambio de la estructura del servicio, y en particular el desarrollo de otros servicios y de servicios más pequeños lejos del hospital principal, puede correr el riesgo de destruir las rutinas y las estructuras establecidas. Una de las funciones positivas de estas rutinas es reducir la ansiedad, y reconocer esto puede ser importante para desarrollar, sobre todo durante un período de transición, más estructuras y más rutinas de las que son realmente necesarias. Esto puede incluir, por ejemplo, grupos de apoyo de personal, reuniones de intercambio de información regular entre los administradores y el personal, y un calendario claro de reuniones clínicas periódicas, así como políticas operacionales y procedimientos de derivación por escrito.

Hay casi completo acuerdo sobre estos puntos por parte de nuestros colegas. Por ejemplo los procedimientos orientados a los usuarios pueden ofrecer una estruc-

tura positiva en los centros de atención comunitaria: "En nuestra experiencia, la existencia de planes de tratamiento y cuidados es una excelente manera de superar la ansiedad (para los pacientes, así como para los cuidadores y el personal)" [Eslovenia], "La estructura y la rutina es útil en tiempos de cambio, siempre y cuando esta no conduzca a más gestión y más documentación" [Alemania], "las políticas operacionales escritas son procedimientos de referencia que han demostrado ser muy útiles" [Tayikistán].

Por otro lado, una de las contribuciones puso el énfasis en algo ligeramente diferente, e hizo especial hincapié en la necesidad de evitar el restablecimiento de las viejas estructuras y rutinas en los nuevos escenarios: "El abandono de la rutina no tiene por qué crear de inmediato nuevas rutinas. La cuestión clave es superar el pensamiento institucional y abrir un proceso de participación y comunicación, con rotación de cargos y democracia ... los procedimientos escritos, en un período de cambio, son inútiles, ya que se formulan a priori sin conexiones con lo nuevo que emerge del cambio" [Italia]. Sin embargo, la mayoría de los expertos consideran que las nuevas estructuras y rutinas son necesarias, sobre todo en los períodos de transición: "El desarrollo de nuevas rutinas y estructuras debe realizarse durante el período en el que se lidia con la incertidumbre y el caos. Las nuevas rutinas y la nueva organización no aparecerán de repente ya conformadas y listas para usar" [Suecia].

Reto 3. ¿Cómo iniciar los nuevos desarrollos?

A menudo el mayor desafío al que los participantes se enfrentan al iniciar un proceso de reforma es que es difícil imaginar cómo podría ser diferente el sistema de salud mental. Una manera muy valiosa para empezar es visitar otros lugares que han comenzado o que han completado el desarrollo de la atención comunitaria. Muchas veces es útil tomar prestada una copia de algunas de sus herramientas básicas, como horarios, formularios de evaluación, descripciones de puestos y políticas operacionales. A medida que se desarrolla un plan de desarrollo de un servicio local es importante asignar cada tarea a una persona o grupo, y fijar un plazo para su finalización, así como un mecanismo, como por ejemplo la próxima reunión del grupo de planificación, para ver si las tareas se han completado o no. Es posible que haya que aclarar al personal que cumplir las tareas acordadas o no es importante, por ejemplo, para su salario o para su promoción.

Entre las muchas respuestas que apoyaron estos puntos de vista estaban las que insistían en la necesidad de ver con antelación nuevos servicios en otros lugares: "Visitar otros lugares en los que la atención de salud mental se ha transformado es más importante que oír conferencias y leer informes" [Alemania]. ¿Quién debe ir? Esto depende del objetivo de la visita. Para los cambios en política estatal o regional deberán ir las autoridades políticas, los técnicos de financiación y los funcionarios. Para los cambios a nivel local, como el desarrollo de los equipos de salud mental comunitarios será necesario involucrar a una amplia gama de profesionales: "organizar una visita con un equipo entero y permitirles interactuar con sus homólogos en diferentes niveles puede resultar mucho más beneficioso que llevar simplemente a los líderes" [Sudáfrica].

¿Qué servicios se deben visitar? En nuestra opinión, es especialmente importante visitar ejemplos de los modelos de la atención basados en la evidencia: "Hay una gran cantidad de dinero que se gasta en Europa en visitas a los diferentes modelos, prácticas, muchas veces malas y pésimas prácticas... Los proyectos basados en la evidencia deben aplicarse en lugar de tantos modelos locales con baja eficacia" [Hungría]. Aprovechar cada oportunidad de aprender de los ejemplos concretos descubiertos en las visitas, como los procedimientos concretos, resulta la mayoría de las veces muy útil: "Traernos las berramientas y protocolos aprendidos en las visitas fue tremendamente útil y nos aborró un montón de tiempo. Ajustarlas a nuestra propia situación local fue también una parte importante" [Tayikistán]. Aun así, después de una reflexión puede ser que algunos de estos documentos no sean adecuados para la adaptación local, pero pueden estimular el debate sobre qué hay que hacer a nivel local: "Trajeron muchas herramientas básicas, pero ninguna fue realmente utilizada. Sin embargo, su experiencia personal y la formación ha contribuido al progreso en términos de organización, flexibilidad y coordinación de tareas" [Eslovenia].

Hay que tener cuidado en la elección de qué visitar, ya que el personal de un país con bajos o medios recursos puede planear ir a un país con una situación similar y no a un lugar con recursos altos: "Hemos seguido en gran medida este camino (visitar otras experiencias en otras partes de Grecia o en el extranjero) y fue muy útil. Sin embargo, hay [una] trampa en esto: si el sistema de salud mental que visitamos es muy diferente al nuestro, los que visitan se sienten desmoralizados ('Nunca vamos a alcanzar ese nivel')" [Grecia].

Después de estas visitas, muchos países han desarrollado proyectos piloto, inicialmente en un único sitio, para comprobar si el nuevo modelo de atención

se puede adaptar con éxito a las circunstancias locales: "En nuestro país, primero pasan por una fase piloto, las innovaciones se ponen a prueba en la capital, Nicosia, con personal con experiencia y entrenado para llevar a cabo este tipo de iniciativas. Si ha tenido éxito, se pone en marcha en otros distritos con personal familiarizado con la experiencia de Nicosia" [Chipre].

Poner esos planes en acción por lo general significa desarrollar, no sólo una política general, sino también un plan de aplicación específico: "Es importantísimo tener planes operativos con plazos y con consecuencias si las cosas no se llevan a cabo" [Sudáfrica]. Al mismo tiempo, es necesario abordar directamente cuestiones prácticas importantes, como los sueldos del personal, que pueden actuar como incentivos positivos o negativos a los cambios: "Lo que también hay que hacer es probibir las diferencias, por ejemplo, en Rumania hay enormes diferencias salariales según el ámbito [en] el que se trabaje. Los que trabajan en un hospital ganan un 20-30% más, y teniendo en cuenta la bonificación por turnos de noche a veces incluso un 50%, lo que resulta disuasorio para el personal de enfermería que desee entrar [en] los equipos comunitarios" [Rumanía].

Por lo tanto, el principal motivo para visitar otros servicios es doble: para ver las ideas en la práctica y, a partir de la propia experiencia directa decidir qué se puede hacer, y aprender de aspectos concretos de la práctica en otros lugares, y más tarde adaptarlo para el beneficio local: "Siempre hay algo único y un sabor local que no puede ser copiado" [Suecia]; "Cada país debe adaptar los modelos a la situación local" [Letonia]. En otras palabras, "todos los modelos están equivocados, pero algunos son útiles" [1].

Reto 4. Cómo gestionar la oposición dentro del sistema de salud mental.

En líneas generales se suele encontrar entre el personal una variedad de puntos de vista sobre las propuestas para cambiar el sistema de atención. Sin embargo, en muchas ocasiones puede ser necesario involucrar a todo el personal, incluyendo un amplio proceso de consulta con los grupos de planificación e incluyendo las diversas opiniones. Vincular propuestas específicas locales con planes ampliamente acordados, tales como las Declaraciones de la Organización Mundial de la Salud, puede poner vuestros servicios en un contexto más amplio, y ayuda a crear un sentido de inevitabilidad del cambio.

De nuevo estas ideas tuvieron un fuerte apoyo entre todos los expertos consultados: "Tiene sentido hacer hincapié en la inevitabilidad del cambio" [Bélgica]. A veces hay que explicar varias veces el mensaje principal a los grupos diana importantes: "Es un principio de repetición. Todo debe evolucionar: las mentes y las acciones" [Francia]. Como se dice en el Reto 3, explicar las razones de los cambios puede convencer a algunos miembros del personal para que apoyen al cambio: "Vincular las propuestas a las normas de derechos humanos puede también poner los servicios en un contexto más amplio" [Irlanda]. Muy a menudo, sobre todo al principio, los argumentos a favor del cambio no convencen a algún directivo, por lo general un alto funcionario o un director médico del hospital: "Es muy importante incluir a esta persona en el proceso de reforma" [Letonia].

Siempre que sea posible, es conveniente identificar los cambios que van en beneficio de todos: "Es necesario intentar identificar y proponer políticas y cambios que mejoren la situación de todo el mundo (aunque eso sea dificil), o que al menos sean política y económicamente viables. ¿Cuándo se proponga un cambio es conveniente identificar a los ganadores y los perdedores de la nueva política y tener en cuenta qué se puede hacer en favor de aquellos que se verán afectados por la nueva política. En mi experiencia la seguridad laboral del personal fue uno de los temas más importantes" [Moldavia].

Sin embargo, está claro que algunos cambios necesitan transformaciones sustanciales en la práctica profesional: "En Rumanía, la oposición podría venir de algunos psiquiatras, para quienes un cambio podría significar una amenaza para sus ingresos, estatus y poder. La presión desde el extranjero siempre es útil. Por ejemplo, la despenalización de la homosexualidad conllevó casi diez años de presión por parte del Parlamento de la UE!"

El valor de las políticas exteriores y las recomendaciones prácticas de organismos tales como la Organización Mundial de la Salud son más controvertidos. En países con altos ingresos suelen tener una importancia limitada: "Las declaraciones de la OMS no siempre me han parecido útiles ya que los modelos de servicio que desarrollamos dependen en gran medida de cada contexto concreto. Lo que funciona bien en Glasgow, donde el médico de familia es una parte importante del sistema de tratamiento y derivación, por ejemplo, podría no ser aplicable en Filadelfia, donde el médico de familia suele no formar parte del proceso" [USA]. De manera similar: "Yo observaría las evidencias principales siempre desde un punto de vista basado en la evidencia y después lo contrastaría todo. Apoyarse en las autoridades como la OMS es útil, pero no lo suficiente. A veces puede

invitar a algunos a cruzarse de brazos" [Nueva Zelanda]. Sin embargo, todos los países de recursos bajos y medianos dan un alto valor a estas directrices internacionales, sobre todo si están adaptadas a la situación local: "La adbesión a las declaraciones de la OMS puede ayudar en la gestión de la oposición ... Buscar el apoyo de las masas utilizando los medios de comunicación ... En estas condiciones sería difícil para la oposición votar contra el cambio" [Moldavia].

A menudo, después de un prolongado debate, varios miembros del personal suelen aclarar que a pesar de todos los argumentos a favor del desarrollo de los servicios comunitarios, desean seguir trabajando en las unidades de hospitalización. El modelo de atención equilibrada que describimos en este libro incluye la necesidad de algunos (aunque limitados) dispositivos de hospitalización de procesos agudos (a menudo en los hospitales generales) y en este sentido la necesidad de especialistas en la atención y el tratamiento de pacientes hospitalizados con procesos agudos sigue vigente. En algunas ocasiones un número significativo de miembros del personal puede ser reacio a proceder al cambio en el servicio: "En los momentos en que hay una fuerte resistencia puede ser necesario avanzar más lentamente de lo que se desearía y así poder mostrar éxitos 'locales', pero tener los acuerdos internacionales ayuda mucho" [Sudáfrica].

En última instancia, sin embargo, parte del personal puede simplemente negarse a tomar parte en los cambios del servicio que se han acordado por mayoría: "Siempre habrá una minoría de miembros del personal que no están dispuestos o no son capaces de renunciar a las viejas rutinas, tanto en ámbitos comunitarios como bospitalarios. A estas personas se les debe aconsejar un cambio de carrera" [Holanda], o incluso, en algunos casos, este puede ser el tiempo adecuado para su jubilación.

Reto 5. La oposición de los vecinos

Los vecinos a menudo tienen reservas, o pueden protestar contra los planes de un nuevo centro de salud mental en su localidad. Hay un dilema entre mantener la confidencialidad de los pacientes, y por lo tanto no decir nada con antelación a los vecinos sobre los nuevos residentes, o tratar de obtener el apoyo de los vecinos mediante el intercambio de información y consulta. Nuestra opinión es que la participación de los vecinos en todo el proceso de desarrollo de los servicios suele ser la mejor opción a largo plazo.

Curiosamente, hay poco consenso internacional sobre estos temas. Las experiencias de nuestros colegas de otros países van desde informar completamente a los vecinos a no decirles nada antes de que se abran las nuevas instalaciones residenciales en su área local.

En algunos casos la legislación facilita la participación de los residentes locales: "las organizaciones no gubernamentales tienen que comunicar a las autoridades locales los nuevos proyectos y entonces las comunidades tienen la oportunidad de comentar sobre el grado de simpatía que estos proyectos tienen es sus áreas" [Sudáfrica]. El estatus de un proyecto en particular puede tener también un efecto positivo: "Hasta el momento no hemos llegado al punto de integrar a nuestros pacientes en la vida en comunidad del barrio. Estamos empezando a hacerlo ahora y admitimos que tenemos un poco de resistencia por parte de los vecinos, pero logramos superarla, informándoles que este es [un] proyecto del gobierno" [Malasia]. En realidad, el hecho de que los vecinos no participen puede conllevar mayores dificultades más adelante: "En Holanda, hemos visto los efectos perjudiciales de que los vecinos no participen en la planificación de las nuevas instalaciones en muchos lugares." Si hay una discusión avanzada con los vecinos, se debe hablar con claridad y con honestidad: "Creo que a veces lo que se podría llamar una consulta, no es más que dar información o incluso cortesía. En otras palabras, vamos a seguir delante de todas maneras. Tenemos que tener claro desde el principio si estamos informando a la comunidad o si realmente estamos consultando. Hace poco se me llamó a declarar en un caso en el que a una comunidad se le había dicho que formaba parte de un proceso de consulta, pero cuando se opuso los planes éstos siguieron hacia adelante de todos modos. La comunidad estaba furiosa porque se le había mentido. En este caso, creo que todo el proceso de 'consulta' hizo más mal que bien!" [Sudáfrica].

En cierta medida, la calidad de las nuevas instalaciones puede afectar a las opiniones de los vecinos: "Otra cosa [que es] importante para mí es la calidad de las instalaciones: cuanto mejores sean, más fácilmente se convertirán en parte de la comunidad local" [Grecia]. Sin embargo, estos enfoques de alerta temprana también tienen sus peligros: "Hemos tratado de involucrar a los vecinos activamente desde el principio. Debido al estigma existente, a veces nuestros esfuerzos ban sido en vano" [Chipre]; "El fenómeno 'sí, pero aquí no' nunca debe ser subestimado" [Suecia].

Por esta razón, muchos colegas están convencidos de que no es útil informar a los vecinos con antelación sobre las características de un nuevo centro de sa-

lud mental comunitario: "Por todo esto en Grecia hemos adoptado el enfoque de "quien da primero, da dos veces": en primer lugar se establece el centro, e inmediatamente después se informa a los vecinos". Desde luego hay una razón teórica sólida para este enfoque, es decir, la teoría del contacto social que dice que una manera eficaz de reducir el estigma es tener contacto directo y personal con una persona en el grupo estigmatizado [2, 3]: "Yo puedo añadir a mi experiencia personal que mantener relaciones personales con los usuarios es muy productivo. Creo que el contacto directo con los usuarios que son personas agradables es la mejor manera de reducir el miedo de los vecinos a los usuarios" [Kirguistán].

En efecto, la decisión de no avisar con antelación a los vecinos puede verse como un aspecto más de la integración de las personas con enfermedades mentales y discapacidades relacionadas: "Nuestros pacientes en alojamiento independiente nunca han molestado a sus vecinos o al menos no más que los demás vecinos y no vemos la necesidad de definirlos previamente como 'especiales'.

Nos parece que estas advertencias pueden ser un obstáculo para la integración real en la comunidad local. Los pacientes deben tener las mismas oportunidades que los demás de ser incluidos. Hemos establecido hogares de grupos sin preparación específica y cuando los vecinos conocieron a los residentes, se dieron cuenta que eran perfectamente compatibles y por lo general los aceptaron en sus comunidades sin mayores problemas. Cualquier malentendido o pregunta fue atendida inmediatamente por el personal de apoyo. Esto es consistente con los hallazgos de la investigación contra el estigma, es decir, que el contacto directo mejora la actitud y disminuye los temores más que cualquier tipo de educación "[Eslovenia].

Cualquiera que sea la fase en la que se informa a los vecinos, o en la que éstos se dan cuenta de las características de las nuevas instalaciones, es muy importante tomar en serio sus puntos de vista: "No es necesario preparar a los vecinos [con demasiada antelación], pero es muy importante escuchar sus experiencias con mucha atención una vez que el nuevo centro de salud mental esté operativo. Es conveniente valorar su experiencia particular. Si señalan problemas, considéralos seriamente y mantenlos informados sobre las medidas que se llevarán a cabo para resolver los problemas "[Bélgica], "Los vecinos tienen que experimentar que las cosas están 'bajo control' "[Alemania]. En algunos países de bajos recursos este tema no es importante porque los dispositivos comunitarios no se han desarrollado todavía: "Nunca nos ba surgido este problema. No creo que esto sea un problema en las zonas urbanas!" [Rumanía].

En todos los casos el objetivo final ha de ser fomentar buenas relaciones de vecindad entre las personas en los hogares con atención residencial comunitaria y los vecinos: "Se promoverá un ambiente de simpatía hacia los pacientes en el barrio y en muchos casos los vecinos estarán dispuestos a colaborar con las instituciones de salud mental, por ejemplo llevando comida a los pacientes en las fiestas religiosas y de otro tipo" [Tayikistán].

Reto 6. Obstáculos financieros

Aunque algunos legisladores, políticos o administradores pueden ver el paso del hospital a la atención comunitaria como un proceso de ahorro de costes, la experiencia de muchos países es que el dinero sólo se puede ahorrar mediante la reducción de la calidad de la atención. Por lo tanto, es esencial vigilar muy de cerca los recursos disponibles para servicios de salud mental, y para asegurar que ningún dinero se pierde misteriosamente en el camino. Un activo muy valioso que se puede liberar en el cambio del sistema de atención es el valor de los terrenos y edificios ocupados por los grandes hospitales psiquiátricos. Es importante aclarar si puedes retener el dinero obtenido por el alquiler o la venta y utilizarlo en personal nuevo o en instalaciones. Donde sea posible mantén la máxima flexibilidad en los presupuestos de los servicios de salud mental, y comparte estos presupuestos con otras agencias si esto es una ventaja para ti.

El dinero es importante para la atención a la salud mental. Para empezar con los principios básicos: el objetivo de equilibrar la atención hospitalaria y la atención comunitaria no es reducir el presupuesto de salud mental sino más bien, proveer los mejores servicios posibles utilizando los recursos disponibles. De hecho, tal y como discutiremos en más detalle en el capítulo 10 (sobre los ingresos financieros), las enfermedades de salud contribuyen un 12% a la carga global de enfermedades, sin embargo, solamente un 2% de todo el gasto en salud se dedica a la atención de la enfermedad mental. Es por lo tanto obvio que la proporción total del presupuesto de salud gastado en servicios para las personas con enfermedades mentales sea, en gran medida y en la mayoría de los países, inadecuado.

Respecto al traslado de pacientes de larga estancia de las grandes instituciones psiquiátricas a los dispositivos comunitarios, las evaluaciones llevadas a cabo en países con muchos recursos muestran que, cuando esto se hace relativamente bien, en general, el resultado no tiene costes adicionales [4,5]. De hecho no hay evidencia de que la atención integral de salud mental cueste menos que las largas estancias

en hospitales psiquiátricos. Por otra parte, la investigación tampoco avala la idea común de que el tratamiento "en bloque" en los hospitales sea más coste-efectivo (a menos que sea una atención de menor calidad): "Algunos políticos creen que los grandes hospitales pueden ser más rentables ya que se benefician de la economía de escala (uso de un solo laboratorio, uso más eficiente de los equipos médicos, imágenes por resonancia magnética, tomografías computarizadas, escáneres, etc), o de un mayor poder de negociación con las empresas farmacéuticas y los contratistas, o de un uso más eficiente el personal" [Moldavia]. El punto más importante es que la remodelación de un servicio no se debe ver como un ejercicio de ahorro de costes: "Es esencial que la creación de un servicio de salud mental de la comunidad no sea una cuestión de aborro de costes. La evidencia nos sugiere que la atención de salud mental basada en las instituciones es tan cara como un sistema de servicios de salud mental comunitario. El punto principal es la flexibilidad en tu presupuesto de servicios de salud mental" [Alemania].

Al mismo tiempo, el cambio de servicio se puede utilizar como una oportunidad para hacer recortes presupuestarios: "Sin embargo, a pesar de que el dinero se ba aborrado a través de la reducción de camas hospitalarias de larga estancia, no ba habido un aumento proporcional de los servicios de salud mental comunitarios. Nuestros centros de salud mental comunitaria ven cada vez más y más pacientes con menos personal, y el desarrollo de los servicios de las ONG ha sido lento. Esta es exactamente la situación que los profesionales de salud mental advirtieron que iba a pasar, y nuestro departamento de salud ha paralizado la reducción del número de camas por el momento" [Sudáfrica].

Una cuestión financiera importante es si el total de los recursos disponibles para la atención de salud mental, por ejemplo, en un área local determinada, puede ser identificado y protegido (lo que a veces se llama 'blindado'): "Creo que un tema de gran importancia en nuestra situación es el becho de que no tengamos un presupuesto 'blindado' para la atención de salud mental. Los únicos presupuestos identificables son los de los hospitales psiquiátricos e instituciones de atención para enfermos crónicos proporcionados por alguna empresa privada... una de las razones para utilizar organizaciones no gubernamentales era que se trataba de una forma de blindar el dinero" [Sudáfrica]. Este es un tema muy importante, porque cuando no se mantiene esa protección presupuestaria es muy común ver como se destinan los presupuestos de Salud Mental a otros servicios médicos: "Las unidades de agudos de los hospitales generales tienen que competir por recursos con otras unidades dentro de cada hospital, y suelen salir perdiendo en el proceso" [Sudáfrica].

El valor de mercado de los terrenos y edificios ocupados por los hospitales de larga estancia depende de su ubicación, condición y reputación, y muchas veces no se puede obtener de ellos lo que realmente valen y así utilizarlo en otros servicios de salud mental a nivel local: "muchas veces los bospitales mentales están en muy malas condiciones y fuera [del centro] de la ciudad donde el valor de los solares y los edificios es muy bajo" [Letonia].

Un reto muy importante pero que rara vez se discute es el uso inadecuado de los fondos de salud en algunos países: "iA causa de la corrupción, a menudo el dinero se pierde misteriosamente en el camino! Siempre que hay más dinero en los presupuestos de los servicios de salud, aparece alguien que quiere apropiarse este dinero." Otro colega hace una observación similar: "Estaba yo trabajando en un hospital grande y el jefe quería mantener el hospital como la principal fuente de atención en el país, por lo que tendría un gran presupuesto para embolsarse todos los años a parte del dinero del hospital. Éste solía manipular la opinión del personal en el tema de las reformas de salud mental diciéndoles que las reformas estructurales significarían el cierre de muchos pabellones psiquiátricos y el desempleo para la mayoría de ellos, por consiguiente, aún hoy hay una resistencia a los cambios estructurales [del sistema] de salud mental."

Otra cuestión importante es si los recursos locales de salud mental están separados entre, por ejemplo, los presupuestos de salud y servicios sociales, o se unifican para permitir una mayor flexibilidad en la forma en que se invierten en una amplia gama de dispositivos y servicios locales: "En Alemania hay un proyecto pionero 'Regionales Psychiatrie-Budget' (Presupuestos Psiquiátricos Regionales) que cubre la atención de salud mental de toda una región y permite que diferentes proveedores cooperen". Una implicación de esto es que los controles financieros se acuerden a nivel local para que estos fondos se puedan utilizar con imaginación y apoyar así los cambios en el servicio ya acordados. "Hay muchas formas diferentes y creativas de clasificar aspectos del gasto" [Nueva Zelanda]. Pero esto no es siempre así: "Desafortunadamente, en Grecia todos los aspectos financieros de la salud se gestionan a nivel ministerial. Por lo tanto, antes de nada debería ser posible la descentralización de la gestión de los recursos." Cuando esta integración presupuestaria ocurre puede producir resultados muy positivos: "En Chipre, el presupuesto gubernamental para los servicios de salud mental llega anualmente. Cualquier disminución de la parte dedicada a los pacientes hospitalizados conlleva el aumento de la proporción de los servicios comunitarios. Sin embargo, todavía existe la necesidad de supervisar la buena asignación del dinero."

Reto 7. La rigidez del sistema

Una de las características organizativas de las grandes instituciones es su naturaleza jerárquica y la rigidez de sus procedimientos. En los sistemas comunitarios es posible adoptar un enfoque más flexible en la gestión del personal. Por ejemplo, traslados temporales a otros servicios, o estancias en prácticas de algunos miembros clave del personal para aprender cómo trabajan en otros lugares pueden ser útiles para desarrollar nuevas habilidades y roles. A veces son útiles las consultas conjuntas, donde un puesto es compartido entre dos organizaciones.

Prácticamente todos los comentaristas están de acuerdo en que uno de los toques de distinción más importantes de un enfoque comunitario sería la posibilidad de adoptar un enfoque más flexible de la atención de lo que es habitual en las grandes instituciones: "Estoy de acuerdo en que las grandes instituciones son rígidas. La descentralización ayudará a dar un aspecto más humano y personal a la relación entre profesionales y usuarios, y a que la competencia contribuya a una mejor atención" [Letonia]. Varios colegas hicieron especial hincapié en que debe utilizarse esa flexibilidad para mantener a los pacientes en su casa en la medida de lo posible: "Los sistemas comunitarios son más flexibles y pueden proporcionar una atención con un mayor enfoque comunitario En otras palabras, en lugar de sacar a [un] paciente de su comunidad y encerrarlo o encerrarla en un pabellón lo mejor para él o ella es que permanezca en su comunidad, con su familia y no sólo ayudarlo o ayudarla con el tratamiento médico sino también con la búsqueda de empleo, con una formación profesional adecuada si fuera posible, con el alquiler de una habitación, haciendo nuevos amigos, creando grupos de autoapoyo, etc. Las organizaciones comunitarias también tienen una mayor flexibilidad a la hora de hacer cambios de personal según las necesidades de los pacientes: si necesitan más atención médica; pueden contratar más psiquiatras, enfermeros, psicólogos, si [necesitan] más ayuda con las habilidades sociales; pueden contratar más trabajadores sociales, si [aparecen] problemas con la ley; pueden contratar más abogados, etc." [Moldavia]. Algunos comentaristas incluso consideran la flexibilidad del sistema en términos de interconexión de componentes del servicio: "Hay que entrenar al personal en nuevas formas de trabajo y nuevas actitudes, en otras relaciones entre pacientes y personal, en una asunción de riesgos diferente y en babilidades para la creación de redes de contactos" [Hungría].

Por otro lado, algunos eran más escépticos: "iTe encuentro muy optimista! En gran medida todo depende de la actitud de los directivos respecto al funcionamiento de un servicio. De todos modos, está claro que [un] sistema de salud mental comunitario necesita funcionar de una manera diferente al de una gran institución" [Grecia]. Otro escollo es el deterioro en los servicios comunitarios: "Pero los servicios comunitarios son propensos a 'institucionalizarse' en el sentido de que pueden adquirir un enfoque rígido. La flexibilidad, la protección de los derechos humanos y la participación del personal se tienen que mantener a través de la educación, el trabajo en equipo y la supervisión constante. También pensamos que la formación del personal de salud mental es un tema crucial y que es necesario revisar y mejorar en consonancia con la práctica basada en la evidencia y las necesidades de salud mental de la población" [Eslovenia]. Además, esta es la experiencia de muchos países que (todavía) no han intentado poner en práctica estos cambios: "Esta es una muy buena idea, pero todavía no lo bemos intentado" [Turquía], y "todavía no nos hemos enfrentado a esta situación! Tu propuesta parece razonable" [Rumanía], "De acuerdo. Sin embargo, todavía no hay sistemas comunitarios adecuados en Tayikistán que me permitan hacer comentarios basados en mi propia experiencia."

Un tema fundamental es si existen recursos locales que se puedan usar, a parte de la flexibilidad: "Hemos intentado hacer esto con nuestros propios psiquiatras comunitarios, que han sido responsables de supervisar las unidades de psiquiatría aguda en los hospitales regionales. Esto permite que se haga un seguimiento de los pacientes desde la comunidad al hospital y viceversa, y también da a los médicos un poco de variedad en su trabajo, sin embargo, esta situación dista mucho de ser idónea debido a la gran escasez de personal, tanto en los hospitales regionales como en los servicios de salud mental comunitarios" [Sudáfrica].

Reto 8. Límites y barreras

Ya que el sistema de salud mental comunitaria tiende a ser más complejo que su predecesor (el hospital), es vital que el personal directivo pueda mantener una visión de conjunto. No se debe permitir que los componentes individuales del servicio, por ejemplo, equipos clínicos, definan sus funciones de forma aislada. Se les debe requerir que negocien con otros equipos clínicos la manera de asumir la responsabilidad conjunta de todos los pacientes. Una manera de manejar las inevitables discusiones continuas sobre quién hace qué es tener reuniones regulares y frecuentes entre los directivos de todos los equipos clínicos que trabajan en una determinada área.

La mayoría de los comentaristas estuvieron de acuerdo con este mensaje central, pero con algunas variaciones en el énfasis: "Puede ser significativo incluso nombrar a un coordinador para valorar los tipos de cuidados, [quien] supervisa la totalidad de la atención y puede elaborar más profundamente una perspectiva a largo plazo. El desarrollo y la práctica permanente de una visión compartida de la atención de salud son muy importantes en mi opinión. Aquí de nuevo el papel de los directivos es fundamental" [Bélgica]. De hecho, la importancia de un liderazgo claramente definido se ha mencionado con frecuencia: "Estoy de acuerdo, pero yo destacaría también la necesidad de un liderazgo general de los distintos servicios basado en una estrategia local común de salud mental. La falta de este tipo de liderazgo conduce a la falta de coordinación, la fragmentación de los servicios, deficiencias en los servicios y duplicación de esfuerzos, y por lo general también a un dominio de servicios especializados a través de los servicios básicos y el aumento de los costes totales" [Finlandia].

Por otro lado, aunque se valoraron las reuniones coordinadas, no hace falta que se hagan muy a menudo!: "Pero tened cuidado con la pérdida de tiempo en las reuniones ... Uno de nuestros trucos: la conferencia telefónica entre cada unidad, cada mañana, [dura] una media bora" [Francia], "Es una 'enfermedad' común participar en una 'cultura de la reunión' en la que se discuten muchos temas interesantes, pero no se resuelven muchos problemas prácticos. En Alemania, en los últimos años, los programas de gestión de la calidad en psiquiatría son cada vez más apreciados, ya que muy a menudo no tienen nada que ver con la realidad clínica y únicamente sirven para fines administrativos." Esos mecanismos de coordinación son una parte de un cambio más amplio de un contacto clínico basado en la atención individual a un modelo de equipo de trabajo multi-disciplinar: "De la misma manera compartir puntos de vista, enfrentarse a los problemas de manera conjunta y desarrollar un sentido de comunalidad puede ayudar a cambiar, sobre todo a superar la concepción de la responsabilidad individual a favor de la responsabilidad de equipo" [Italia].

Sin embargo, otros factores limitan hasta qué punto es posible esa flexibilidad en algunos países: "En los países de la antigua Unión Soviética, uno de los obstáculos y las barreras principales para el cambio es la corrupción en el sistema de salud mental." A parte de la corrupción individual o sistemática, puede haber características estructurales que fomenten la competencia y obstaculicen la cooperación y la integración: "El Gobierno esloveno ha puesto equipos de salud mental en el sector de la salud, el sector social y en el de las ONG en un régimen compe-

titivo, ya que todos están tratando de obtener fondos públicos. En consecuencia, su cooperación no es tan fuerte. Creemos que la red de salud mental debe estar planificada cuidadosamente con el fin de evitar la competencia que impide la cooperación" [Eslovenia].

De hecho, en algunos países puede haber múltiples factores concurrentes cuya tendencia es producir la fragmentación del sistema: "Hay una serie de desafios relacionados con el cliente a tener en cuenta, por ejemplo, desincentivos para el empleo en el sistema de pensiones de invalidez, múltiples puntos de acceso a la atención que dificultan o imposibilitan la atención comunitaria coordinada, la falta de correspondencia entre la filosofía de los fundadores y la de los cuidadores, la falta de seguro de salud universal, la falta de integración entre el hospital y la atención comunitaria, la falta de participación académica en la prestación de servicios comunitarios para los enfermos graves, y la distorsión de la práctica diagnóstica psiquiátrica por presiones relacionadas con el seguro o la financiación" [EE.UU.].

Reto 9. Mantener la moral

iSe cual sea el lugar donde se ha estudiado, la moral del personal de salud mental se encuentra generalmente baja! Además mantener una moral alta puede ser particularmente difícil en el momento del cambio de sistema. Por lo tanto los directivos pueden verse en la tesitura de tomar decisiones excepcionales durante estos períodos de transición para levantar la moral, como por ejemplo prestando atención a los acontecimientos sociales, informando de los éxitos y usando cualquier excusa para hacer una fiesta!

Crear y mantener una moral alta entre el personal es universalmente reconocido como algo fundamental en un servicio de salud mental eficaz, tanto la moral de cada uno de los miembros del personal como el desarrollo de una sólida reputación como un equipo moderno y profesional. Todos los comentaristas estuvieron de acuerdo con este punto: "El desgaste personal es un importante reto en los EE.UU.", "La moral del personal es esencial. Cuanto mayor es la moral del personal más fácil será cubrir vacantes y atraer a los profesionales bien preparados ... con la imagen de un servicio que reúne un alto nivel profesional (y que provee intervenciones específicas) y no como un equipo que trata con 'personas perturbadas' puede proporcionar la mejor protección contra el desgaste del personal" [Alemania].

Al mismo tiempo, existen diferencias culturales que ayudan a la moral del personal: "Los eventos sociales y las fiestas no encajan con la cultura local. La familiarización frecuente con las historias de éxito de otros países mediante el intercambio de visitas puede ser más exitosos" [Chipre], las actitudes y las creencias de los 'directivos' son cruciales, ya que - quieran o no - tienen el rol de ser el modelo para el resto del personal. Mucho depende de ellos. Si están [interesados en] el cambio de sistema, pueden encontrar muchas maneras de aumentar la moral del personal!" [Grecia], "Una de la[s] manera[s] de aumentar el nivel de la moral son los casos judiciales. Por ejemplo, los casos en contra de la esclavitud. En nuestro país [durante] muchos años, los pacientes fueron sometidos a la esclavitud. A pesar de que apelábamos a los tribunales no obteníamos ningún éxito en los casos de esclavos aunque el tema era ampliamente conocido por el público gracias a los medios de comunicación. Finalmente, hemos empezado a ganar juicios contra el Gobierno del Kirguistán." Las cuestiones relacionadas con el género también pueden ser muy importantes: "En Eslovenia, la mayor parte del personal [son] mujeres con bijos, y muchas tienen dificultades financieras. Por eso tenemos mucho interés en comunicar los éxitos, aunque no les invitamos a fiestas muy a menudo."

El contexto adecuado para el cambio es que en muchos países, el personal siente que la atención de salud mental ha estado descuidada históricamente en comparación con otras áreas de la medicina práctica: "En Irlanda, los servicios de salud mental a menudo se describen por sus profesionales como la 'Cenicienta' de los servicios de salud, es decir, con recursos insuficientes y falta de compromiso político, y una de las consecuencias de esta situación generalmente es la baja moral. Los servicios de salud mental son sin duda más dependientes de sus recursos humanos que otros sectores de la salud. Por lo tanto, el personal debe ser consciente de que su trabajo es muy apreciado."; "Mantener la moral del personal psiquiátrico, ya sea en el ámbito hospitalario o comunitario es de gran importancia, ya que por lo general trabajar en psiquiatría se suele estignatizar" [Malasia].

Varios colegas destacaron especialmente la importancia de un liderazgo comprometido con aumentar la moral del personal: "El papel que los directivos pueden jugar en los lugares de trabajo es crucial. Los directivos deberán explicar clara[mente] al personal todos los pasos en [el] proceso de cambio ... que todo el personal es necesario para el trabajo futuro en los nuevos dispositivos y en el nuevo sistema de trabajo" [Letonia]; "Yo también sugeriría que se eligieran los nuevos líderes entre los que estén más apasionados por su trabajo para que puedan inspirar al personal" [Moldavia]; "Mantener la moral también puede

ayudar a llamar a un consultor para gestionar el proceso de cambio y controlar (canalizar) la resistencia y la baja moral. También es importante detectar a las personas que instalan o fortalecen la moral negativa, escucharlos, valorar su punto de vista pero tratar de darles un papel constructivo en el proceso de cambio" [Bélgica]. Una de las tareas de un liderazgo fuerte es aclarar que es lo que se espera del personal: "La moral se eleva cuando las tareas futuras están definidas. El peor desánimo suele estar causado por la incertidumbre sobre los futuros cambios en el sistema. El personal se siente unido y satisfecho por nuestra experiencia cuando se reconoce que su trabajo es importante y fructífero. Por lo menos en nuestro medio, esto parece ser mucho más importante que proporcionar una buena comunicación social" [Eslovenia].

Los distintos países no siempre han coincidido en el tema de los actos sociales como ayuda para elevar la moral del personal: "Es importante mantener la moral del personal alta. Yo sugeriría llevar a cabo actividades conjuntas, es decir, se pueden realizar reuniones informales una vez a la semana al final del día o en la mañana para tomar el té o donuts juntos. Esto ayudaría a mantener la moral alta" [Moldavia]; "Solíamos hacer un montón de fiestas en la sala de hospitalización de pacientes no psicóticos que ha sido clausurada [desde] el 31 de marzo de 2006. Nos íbamos de cena, celebrábamos los cumpleaños y las despedidas de los residentes cuando se iban, etc. Las fiestas de Año Nuevo eran toda una tradición y nuestro personal tenía la moral más alta del hospital" [Turquía]. Sin embargo, es necesario aclarar que la moral del personal es un segundo objetivo que sirve al propósito principal de mejorar la salud mental de las personas con enfermedad mental: "Yo no estoy de acuerdo con el reto 9, donde sugerís que las celebraciones son una buena manera de mantener la moral del personal. En mi opinión la mejor manera de derrotar el desánimo es priorizar al cliente y después dar un servicio del que el personal se sienta orgulloso." [EE.UU.].

Otra forma de mejorar la moral del equipo es visitar otros centros, por ejemplo, en el extranjero. Esto puede tener varias ventajas: tomar conciencia de que los propios problemas también se producen en otros lugares, promover un mejor contacto entre los miembros del equipo, aprender directamente de las experiencias prácticas de los demás, y dar una recompensa valiosa al personal por su compromiso con el servicio, a menudo durante años o décadas: "Para la gente de [un] país en desarrollo la posibilidad de asistir a una conferencia 'en el extranjero' y aprovechar la oportunidad de ver el éxito de proyectos en otros lugares es un excelente motivador" [Sudáfrica].

Desafío 10. ¿Cuál es la respuesta correcta?

¡No hay una respuesta correcta! Aunque hay un gran número de teorías y modelos del servicio en salud mental, es mejor verlos como sugerencias que podrían ayudaros en vuestra situación particular. Mantened tanta flexibilidad como sea posible en el nuevo sistema, porque cometeréis errores y necesitaréis hacer cambios en el servicio a medida que se desarrolla. La mejor guía sobre si vuestros servicios de salud mental van en la dirección correcta es la retroalimentación que recibís de los usuarios y sus familiares acerca de hasta qué punto sus preferencias y necesidades encuentran respuesta.

Es común que los que empiezan un proceso de cambio de servicios de salud mental crean que otra persona, en otro lugar, sabe exactamente lo que deben hacer. En este libro tratamos de describir los principios generales que os ayudarán, pero también sugerimos que cada contexto local tiene que encontrar su propia manera específica de mejorar la atención de salud mental: "Puede que no haya una respuesta correcta, pero hay algunos principios importantes y en gran medida universales. Por ejemplo, medir el desempeño de las funciones en vez de medir la satisfacción de las necesidades; buscar formas de mejorar la continuidad de la atención, garantizar que el servicio tenga un control de calidad basado en una auditoría aleatoria basada en los ciclos de Donabedian; garantizar que el servicio tenga un enfoque hacia la recuperación y preste atención a la perspectiva del consumidor" [Nueva Zelanda].

La mayoría de nuestros interlocutores reconocen la enorme importancia de buscar, aceptar y usar los comentarios de los usuarios y sus familiares: "Estoy de acuerdo en que los usuarios de los servicios y sus familias son el criterio de evaluación más importante (Touchstone)" [Bélgica], "Los comentarios de los usuarios y de los familiares son de gran ayuda. Creemos que hay que buscar activamente estas aportaciones para no depender de los informes de un grupo altamente seleccionado de usuarios.

No bay una única respuesta ni una respuesta fácil, y los procesos de cambio tienen que darse de manera permanente y continua" [Alemania].

Esta perspectiva se basa en la visión de que el personal no sabe todas las respuestas: "Estoy de acuerdo con la condición de que los servicios de salud mental estén preparados para recibir estos comentarios y cuenten con los mecanismos para ello. Esto significa que han aprendido que no son los 'guardianes del conocimiento'" [Grecia]. Aun así, los comentarios no abundan: "Pero hay veces que los

usuarios y sus familiares no bacen comentarios" [Chipre]. Un dilema es que en los sistemas de servicios sociales y de salud que han estado relativamente cerrados, el personal y los pacientes pueden no ser capaces de imaginar otra forma de proporcionar o recibir cuidados: "Muchas familias están, al menos por el momento, a favor del aislamiento en cuanto se enfrentan a situaciones difíciles. E incluso bay pacientes que reprochan a los profesionales que no los encerraran cuando se encontraban en un episodio maníaco o psicótico o que no están dispuestos a discutir la medicación y para quien esto es completamente decisión del psiquiatra" [Rumanía]. De hecho, pensamos que la disidencia activa de los usuarios es una señal fuerte de que esperan y necesitan los estándares más altos: "Pero yo creo que incluso los buenos servicios reciben muchas quejas y creo que la expresión de la insatisfacción es una medida de calidad. Los pacientes suelen estar de acuerdo con todos los servicios que se ofrecen debido a sus bajas expectativas y baja autoestima. Los buenos servicios son los que les capacitan para reconocer nuestros errores, lo que inevitablemente ocurre" [Eslovenia].

La crítica puede estar basada en comentarios o quejas recibidas, o pueden solicitarse oficialmente, por ejemplo, con las encuestas de satisfacción de usuarios: "recibir algún tipo de evaluación formal - incluyendo comentarios de los usuarios - también ayuda a confirmar que uno va en la dirección 'correcta', o señala áreas en las que se pueden necesitar diferentes enfoques. A la gente le gusta formar parte de una evaluación formal" [Sudáfrica]. A menudo ocurre que, antes de recibir la crítica, los servicios públicos deben invertir tiempo y dinero en la creación y la supervivencia inicial de los grupos de usuarios: "Un grupo de defensa de los consumidores se ha establecido en nuestra provincia recientemente y queremos colaborar con ellos para identificar las áreas que necesitan mejorar, y también para presionar de forma conjunta por los recursos que necesitamos" [Sudáfrica]. De esta manera, con el tiempo, los grupos de defensa pueden unir sus fuerzas con los profesionales para pedir que se destinen mayores recursos a la atención de salud mental, y no es extraño que los políticos sean más sensibles hacia las personas que padecen la enfermedad mental que hacia los propios profesionales, de quien se puede sospechar que están motivados por el propio interés.

Por lo tanto, la conclusión a la que llegamos es que hay que ser escéptico con lo que los expertos dicen y escriben!: "No hay una respuesta correcta o incorrecta. El desarrollo de vuestros servicios depende de las necesidades, de vuestros recursos, de vuestros resultados y de vuestra mejora continua ... Cada modelo tiene que ser sensible a la cultura local y a la disponibilidad de los recursos humanos"

[Malasia]; "La 'respuesta correcta' depende de lo que queramos lograr. Los puntos de vista tradicionales, siempre presentes, pueden empujar los cambios hacia el conformismo. Sólo una nueva visión de cambio, fuerte y llena de esperanza, puede ayudar a que la flexibilidad no se convierta en una resignación. Incluso los usuarios y los familiares no pueden saber cuál es la respuesta correcta (véase muchas investigaciones sobre la buena satisfacción con servicios pobres: ila gente no sabe lo que puede hacer trabajando de otras maneras!)" [Italia].

Lecciones aprendidas

¿Cuáles son las lecciones generales que nuestro grupo de colegas de 25 países en todo el mundo, expertos en el desarrollo de servicios de salud mental comunitarios, pueden resumir para que otros puedan aprender de ellas? Aquí resumimos los tres temas generales mencionados por el grupo de expertos que consideramos más importantes. En primer lugar, está fuertemente arraigada la opinión de que los cambios profundos en el servicio y las mejoras duraderas 'llevan tiempo' [Bélgica]. Una de las razones de esto es que hay que convencer a los profesionales de que el cambio puede traer mejoras para los pacientes, y de hecho su escepticismo es un valor positivo, para que actúe como un amortiguador frente a los cambios demasiado rápidos o demasiado frecuentes. La siguiente razón para no acelerar el cambio es que para que éste tenga éxito, los servicios pueden necesitar el apoyo de muchas organizaciones y agencias, que tienen que ser identificadas e incluidas gradualmente, al comienzo de cada ciclo de cambios en el servicio. Los que están excluidos, o sienten que lo están, son propensos a oponerse al cambio, a veces con éxito. Además, en situaciones en las que los cambios en el servicio de salud pueden ser un tema de debate político, por lo general es necesario construir un consenso entre los partidos sobre la estrategia de salud mental con el objetivo de que continúe incluso si hay cambios de gobierno. De nuevo, conseguir esto también puede necesitar tiempo.

También se necesitará tiempo para pasar de la etapa inicial de un cambio a la fase de consolidación. De manera típica, en las primeras etapas de la reforma del servicio un individuo carismático o un grupo pequeño encabezará las principales propuestas y recogerá el apoyo de los grupos de interés y de otros con influencia en el sistema de salud. En los países de Europa del Este, por ejemplo, el director médico o superintendente del hospital psiquiátrico, en la práctica, tendrá la última

palabra a favor o en contra del cambio: "Nuestro error fue que entendimos mal el gran papel y la autoridad de los directores de los hospitales mentales." Pero después de una serie de iniciativas, como la creación de centros de día de salud mental en las grandes ciudades de un país, el sistema de salud mental necesita sistematizar esos cambios para que puedan continuar durante muchos años. En esta fase posterior a menudo es cierto que los líderes carismáticos pasan a enfrentarse a nuevos desafíos, y las personas que son más útiles son aquellas que son capaces de consolidar pacientemente la nueva organización, y establecer consorcios que sean viables a largo plazo: "Crear una coalición de organizaciones e individuos que apoyen la idea y reúnan los recursos de los miembros de la coalición (votantes, dinero para campañas de salud mental, conexiones personales con cargos políticos y con los medios de comunicación)" [Moldavia]. Por ejemplo, estos individuos menos visibles establecerán una supervisión adecuada del personal, asegurarán el mantenimiento regular de edificios, organizarán el entrenamiento y formación del personal de manera regular, crearán grupos de trabajo con la participación de las distintas instituciones para identificar y solucionar los problemas del día a día en la gestión de los servicios, establecerán y participarán en las reuniones de consulta o en las es el patrón de cambios en el servicio en Verona (Italia) durante los últimos 30 años, derivado del registro de casos locales, como se muestra en el gráfico 6.1. A medida que el número de camas psiquiátricas se ha reducido progresivamente, la prestación de atención de día, atención residencial y ambulatoria y contactos en la comunidad ha aumentado de forma constante durante muchos años.

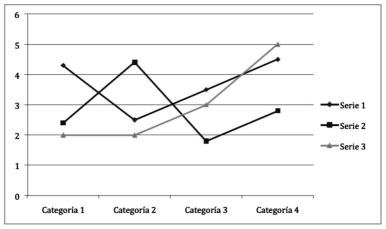


Gráfico 6.1: Patrones de provisión de servicios de salud mental en Verona.

Si bien las actividades de mantenimiento de un sistema de reciente creación pueden ser menos atractivas para los innovadores, lo cierto es que esta consolidación es vital para que los servicios sean sólidos y capaces de sobrevivir y prosperar a largo plazo. Por lo general esto no necesita solamente un único líder de nivel alto, sino más bien un consorcio formado por un amplio grupo de participantes que tienen que cooperar a la hora de proporcionar todos los componentes dentro de un sistema de cuidados más amplio: "Para poner en práctica con éxito el cambio en los servicios de salud mental es fundamental tener una visión común" [Nueva Zelanda]. Llevar a cabo con éxito estas decisiones estratégicas y su aplicación sobre el terreno, a menudo también necesita que los grupos involucrados se coaliguen y lleven a cabo una estrategia de presión organizada y sistemática con el objetivo de presionar políticamente, por ejemplo, por unas leyes de salud mental modernas: "Entrevistarse con los responsables políticos y educarlos sobre el proyecto de ley, invitarlos a eventos de salud mental, instarlos a patrocinar o co-patrocinar el proyecto de ley... y a ejercer la presión a tantos legisladores como sea posible para que se apruebe el proyecto de ley" [Moldavia].

La segunda lección general es que es esencial "escuchar a los usuarios y las familias, sus experiencias y sus perspectivas" [Brasil]. Todos los participantes tienen que tener en mente en todo momento que el propósito principal de los servicios de salud mental es mejorar los resultados de las personas con enfermedad mental. Por lo tanto los beneficiarios de esta atención necesitan estar (de una manera u otra) al mando de la planificación y la prestación de los tratamientos y la atención en general. Se trata de una profunda transformación, el cambio de una perspectiva tradicional y paternalista, en la que se esperaba que el personal tomara todas las decisiones importantes en el 'mejor interés' de los pacientes, a un enfoque en el que las personas con enfermedad mental trabajan, en mucha mayor medida, en colaboración con los que proveen la atención. Esto requiere una reorientación fundamental por parte del personal para, por ejemplo, pasar a sentirse menos responsable a la hora de decidir todos los aspectos en la vida de un paciente. También requiere que las personas con enfermedad mental se vuelvan capaces de expresar sus opiniones y expectativas de atención. Al principio esto puede ser muy difícil, por ejemplo para la gente que ha vivido durante muchos años en instituciones psiquiátricas, donde sus opiniones y preferencias rara vez se han tenido en cuenta o se han valorado. Esto a menudo requiere una etapa de apoyo, por ejemplo, mediante la asignación de defensores personales, de modo que tales personas puedan, en cierto sentido ser reactivadas para reconocer y expresar sus propios puntos de vista. Una consecuencia es que mientras la calidad del servicio puede mejorar durante

un período de desarrollo de servicios de salud mental comunitaria, por lo general las expectativas de las personas que están siendo tratadas aumentan aún más rápidamente, lo que lleva a una disminución paradójica de la satisfacción. Mientras que el personal puede interpretar esto como una crítica de la atención que ofrecen, otra manera de ver esto es que esa insatisfacción o esas quejas son en realidad señales muy claras de qué partes del servicio tienen que mejorar en el futuro. En otras palabras: "Los usuarios del servicio son los mejores expertos" [Kirguistán].

La tercera lección que se desprende de la consulta internacional que hemos realizado es que, por un lado, el equipo a cargo de implementar los cambios necesita claramente experiencia para gestionar la totalidad del presupuesto y por otro, que existe un alto riesgo de que los cambios en el servicio se utilicen como una ocasión para recortar los presupuestos: "los responsables políticos tienen que proporcionar los fondos destinados a los servicios de salud mental, ya que los servicios 'blandos' como la salud mental son 'parias' en relación con los servicios médicos y de cirugía de alto nivel y avanzados tecnológicamente" [Finlandia]. Tener un presupuesto protegido es necesario, pero no suficiente, ya que también es vital poder actuar con flexibilidad dentro del presupuesto general, por lo general para volver a utilizar el dinero ahorrado al reducir el uso de camas de hospitalización en los equipos de salud mental comunitaria, o servicios profesionales o residenciales. Cuando no se establece y se mantiene con fuerza una salvaguarda financiera (a veces llamado un 'presupuesto blindado') de los fondos de salud mental, entonces el dinero puede desviarse fácilmente a otras áreas del cuidado de la salud: "retirar camas de hospital facilita la disponibilidad de fondos adicionales en el presupuesto global del hospital!" [Sudáfrica]. En otras palabras, hace falta crear mecanismos financieros que aseguren que "el dinero seguirá a los pacientes hacia la comunidad" [Sudáfrica].

El siguiente punto clave es una especie de paradoja: a medida que los cuidados de salud mental se desinstitucionalizan progresivamente, ialgunos aspectos del sistema de salud mental tienen que ser institucionalizados! Por ejemplo, el currículum y los programas de enseñanza y formación en el nivel de pregrado tendrán que ser rediseñados para incluir los aspectos prácticos y teóricos de la prestación de asistencia en el entorno comunitario, y recogidos en los programas de formación. Del mismo modo, los cursos de capacitación de postgrado deben enseñar de manera regular, particularmente durante las primeras etapas, al personal que hace la transición desde las tareas clínicas en el hospital a las comunitarias. Un aspecto adicional de las nuevas formas de institucionalización es la necesidad de nuevas disposiciones jurídicas, por ejemplo, quizá sea necesario revisar las leyes de la capacidad jurídica y de salud mental

o incluso reformularlas para garantizar que sus disposiciones tengan todavía sentido en el nuevo contexto, donde la mayoría de los contactos clínicos entre el personal sanitario y las personas con enfermedades mentales tienen lugar fuera de los hospitales.

Está claro que la experiencia de atención de la salud mental puede añadir información significativa a la ética y la evidencia científica. En nuestra opinión, es preferible comenzar con una declaración de principios que guie el nuevo desarrollo de los servicios (véase Capítulo 4), y usar esto como una *triangulación* para que la base ética se combine directamente con revisiones detalladas de las evidencias y las experiencias relevantes y así consolidar una fuerte justificación para el cambio.

Los puntos clave de este capítulo

- Las personas comprometidas con la mejora de la atención de la salud mental pueden tener que enfrentarse a los siguientes retos:
- La ansiedad y la incertidumbre en el proceso de cambio.
- La necesidad de compensar la posible falta de estructura en los servicios comunitarios.
- La incertidumbre sobre la manera de iniciar nuevos desarrollos.
- Decidir cómo gestionar la oposición dentro del sistema de salud mental.
- Como lidiar con la oposición de los vecinos.
- Como maximizar y gestionar un presupuesto claramente delimitado.
- Asegurar que las rigideces del viejo sistema se hagan más flexibles.
- La creación de vías prácticas para reducir al mínimo los efectos disfuncionales de los límites entre los diferentes componentes del servicio.
- El mantenimiento de la moral del personal durante los períodos de cambio.
- Esperar que otras personas sepan '¿Cuál es la respuesta correcta?' en lugar de aceptar la responsabilidad de la toma de decisiones adaptadas a las circunstancias locales.

Los puntos generales principales a tener en cuenta son los siguientes:

- Para que las mejoras sean duraderas, los cambios del servicio deben tomar tiempo, y a menudo se desarrollarán durante años y décadas.
- Después de la etapa inicial de cambio, a menudo dirigido por individuos carismáticos, habrá una necesaria fase de consolidación.
- Escuchar a los usuarios y las experiencias y perspectivas de los familiares.
- No permitir que los cambios en el servicio se utilicen como una ocasión para recortar los presupuestos.
- Consolidar los cambios en el servicio, acompañados de las modificaciones de los planes de formación, de las leyes de salud mental y de las estructuras financieras.

Agradecimientos

Estamos muy agradecidos a los siguientes colegas por sus contribuciones: Chantal Van Audenhove e Iris De Coster (Bélgica); Cecília Cruz Villares (Brasil); Yiannis Kalakoutas (Chipre); Kristian Wahlbeck (Finlandia), Jean Luc Roelandt y Nicolas Daumerie (Francia), Stefan Weinmann y Thomas Becker (Alemania), Nikos Gionakis (Grecia), Judit Harangozo (Hungría); Fiona Crowley (Irlanda); Roberto Mezzina (Italia); Burul Makenbaeva (Kirguistán); Maris Taube (Letonia); Chee Kok Yoon y Abdul Aziz Abdullah (Malasia); Sergiu Grozavu (Moldavia), Jaap van Weeghel (Países Bajos); Graham Mellsop (Nueva Zelandia); Teodorescu Radu (Rumanía), Petr Nawka (Eslovaquia); Vesna Svab (Eslovenia); Melvyn Freeman y Rita Thom (Sudáfrica), Lars Hansson (Suecia); Ulrich Junghan (Suiza); Alisher Latypov (Tayikistán); Peykan G. Gökalp (Turquía), Richard Warner (EE.UU.).

REFERENCIAS

- 1. Box G. Robustness in Statistics. London: Academic Press: 1979.
- Crocker J, Major B and Steele C. Social Stigma. In Gilbert D, Fiske ST and Lindzey G (Eds.). The Handbook of Social Psychology, 4th edn. Boston: McGraw-Hill; 1998: 504–533.
- Thornicroft G. Shunned: Discrimination against People with Mental Illness. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- 4. Leff J. Care in the Community. Illusion or Reality? London: John Wiley & Sons, Ltd; 1997.
- Knapp M, Beecham J, Anderson J, et al. The TAPS project. 3: Predicting the community costs of closing psychiatric hospitals. Br. J. Psychiatry 1990; 157: 661–670.

La dimensión geográfica: El nivel estatal y el nivel regional

Definir el nivel estatal / regional

Este capítulo se refiere al nivel en el que se formula la política de salud, se fijan los estándares clínicos adecuados, y se establecen las leyes de salud mental. Algunos países, en particular los que tienen una estructura política federal o descentralizada, permiten que sus regiones o estados formulen sus propias políticas de salud mental. Discutiremos aquí las cuestiones principales en este nivel de planificación y provisión de los servicios en relación con el ámbito social y político, económico y profesional.

Ámbitos sociales y políticos

En el ámbito social y político, cada país tiene que alcanzar un equilibrio entre la preocupación de las personas con enfermedad mental y sus familias de recibir una atención de buena calidad y tener garantías de que sus libertades civiles estén protegidas. cabe también tener en cuenta las expectativas legítimas de parte de la población de sentirse protegido de la perturbación y el daño que puedan causar las personas con enfermedad mental, sin menoscabo de la adecuada atención y tratamientos proporcionados (véanse las tablas 4.1 y 4.2 en el Capítulo 4).

En nuestra opinión, es útil tener en cuenta aquí estos aspectos fundamentales: la percepción de la enfermedad mental por parte del público, por los medios de comunicación, los políticos y sus consecuencias políticas y legales. Aunque esto

se muestra como un proceso lineal en la tabla 7.1, de hecho, estos son caminos cíclicos, y el proceso puede comenzar en cualquier momento, si bien, en nuestra opinión, las percepciones públicas son a menudo el principal impulsor de esta secuencia de percepciones y acontecimientos.

En el esquema que se muestra en la Tabla 7.1, las políticas de salud mental reflejan el más amplio espíritu de la época a lo largo de un continuo entre la aceptación y la tolerancia hacia las personas con enfermedad mental en un extremo, y la ignorancia, los prejuicios y la discriminación en el otro [1]. En cuanto a la tolerancia, por encima de todo parece que la experiencia directa y personal de tener

Tabla 7.1 Trayectoria desde las percepciones sociales y políticas a las políticas de salud

[A] Percepciones del público	[B] Percepciones de políticos	[C] Políticas de salud y consecuencias legales
Influenciado por [B], por [C] y por:	Influenciado por [A], por [C] y por:	Influenciado por [A], por [B] y por:
La experiencia personal de la enferme- dad mental	Los puntos de vista perso- nales y de las familias y la experiencia de los políticos	La situación macroeco- nómica
La experiencia de la familia	 La presión directa de los medios de comunicación 	Los intereses comerciales y de negocios
La experiencia vecinal de los servicios	Las representaciones de los profesionales	 Probabilidad de resultados antes de las próximas elecciones
El boca a boca	 La mediación de los funcionarios 	 Políticas de salud mental internacional
El tratamiento de los medios de comunicación	Las evidencias de la investigación	Influencia de las organiza- ciones internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional
 Las crónicas de los medios de comunicación 	Las consultas públicas	
 Los grupos de presión 	• Los costes de los servicios	
Las organizaciones profesionales	 La presión de ministerios de otros gobiernos 	
Visibilidad de los temas		
Las actitudes sociales sobre las liberta- des civiles y la seguridad pública		
La cantidad de información relevante basada en hechos en el dominio público		
Conjeturas sobre en qué medida las personas con enfermedad mental son responsables de las enfermedades		

una enfermedad mental o de vivir con un miembro de la familia con enfermedad mental es el factor más importante a la hora de fomentar actitudes favorables hacia estas enfermedades [2-4]. Sin embargo, sigue habiendo una poderosa paradoja: hasta tres cuartas partes de los adultos han tenido ese tipo de experiencia directa de enfermedad mental, sin embargo, las reacciones negativas hacia las personas con enfermedades mentales siguen siendo la regla [3, 5].

Los medios de comunicación impresos, audiovisuales y el cine juegan un papel complejo y muy activo en la configuración de la opinión pública sobre la enfermedad mental [6-8]. Está claro que la actitud del público ha cambiado debido a los fuertes mensajes de los medios, que en aproximadamente dos tercios de los casos son mensajes negativos contra las personas con enfermedad mental [9]. De hecho, el grado de peligrosidad de las personas con enfermedad mental mostrado por los medios de comunicación es manifiestamente desproporcionado en relación con cualquier riesgo real, y sólo el 3% de todos los delitos violentos son cometidos por personas con trastornos mentales [10] (véase también Thornicroft [1], capítulo 7, para una revisión de este tema).

Los políticos son los intérpretes de la opinión pública. Traducen selectivamente su percepción del estado de ánimo y las demandas de la población en políticas y acciones legales. Este es un proceso complejo, en el que muchos otros factores pueden ser importantes, tales como los puntos de vista y experiencias de los asesores políticos influyentes. En cada etapa el papel de mediador de los funcionarios y empleados públicos también puede ser importante, ya que ofrecen distintas opciones de políticas de salud a los cargos electos. Dentro del gobierno, los valores que tienen en cuenta al paciente a menudo pueden ser introducidos en la formulación de políticas cuando los médicos hacen contribuciones directas o indirectas a la sección de salud mental del Ministerio de Salud. Por lo tanto, aquellos que deseen hacer una contribución directa para mejorar la atención de salud mental tienen que establecer y mantener relaciones de trabajo muy estrechas con los ministros, los asesores ministeriales, los funcionarios y los médicos que participan en la formulación y aplicación de políticas de salud mental, ya sea en el nivel regional o el estatal [11-13].

En gran medida los servicios de salud mental reflejan de manera más sutil y sensible el clima de la opinión pública que la mayoría de otras áreas de la práctica médica. Las preocupaciones principales incluyen los derechos humanos, la situación de los grupos étnicos minoritarios, los problemas de los colectivos marginados, los pobres, los presos y los inmigrantes [15, 14]. Todos estos problemas afectan

al equilibrio entre el tratamiento y el control, que reflejarán de cerca las actitudes públicas mayoritarias sobre hasta qué punto las libertades civiles deben supeditarse a la contención del riesgo [16].

El ámbito económico

Los asuntos económicos que actúan en el plano estatal también influyen en la organización del servicio y en el desarrollo y la práctica clínica [17, 18]. En términos de gasto público en los servicios de salud mental, el nivel general de desarrollo económico (junto con la importancia relativa que se concede a la salud mental en relación con otras especialidades médicas) tiene un profundo efecto sobre el alcance y la calidad de los servicios clínicos disponibles, y sobre los gastos de capital disponible para la construcción de dispositivos de salud y para su mantenimiento [14]. Los métodos utilizados para asignar los gastos de salud desde los ministerios centrales de finanzas a las regiones, y luego a las áreas locales particulares, varían enormemente. Por ejemplo en la medida en que estos métodos de asignación tienen en cuenta las variaciones locales en la salud general o en la morbilidad psiquiátrica.

En términos prácticos, es importante darse cuenta de que los trastornos mentales significan alrededor del 12% de la incapacidad total en todo el mundo [19], pero en casi todos los países la inversión relativa en salud mental es mucho menor que este 12% [20]. En Europa, por ejemplo, la inversión promedio es de aproximadamente un 5%, con la mayor parte de esta inversión dedicada a la atención de los pacientes, y de hecho los presupuestos más bajos, menos del 2%, provienen de los países de la antigua Unión Soviética [13]. Aquellos que abogan por una mejor inversión y mejores servicios harían bien en informarse con precisión de las cuestiones económicas antes de discutir estos problemas con los gobiernos estatales o regionales, por ejemplo, en el uso de estos recursos [21-25].

El ámbito profesional

El tercer conjunto de cuestiones que actúan a nivel estatal o regional son la preocupación por los profesionales, incluyendo las normas de atención y niveles de dotación de personal acordados, la formación, la acreditación y la formación continua. La *formación* en muchos países, por ejemplo, se basa en programas de-

sarrollados cuando los servicios psiquiátricos estaban ubicados en los hospitales. A menudo hay un retraso evidente dado que la experiencia práctica clínica más avanzada va por delante de los contenidos de los cursos de formación. Cuando las universidades son directamente responsables de la formación y la educación profesional, es necesario estar en una constante actualización en las últimas innovaciones prácticas y de investigación, y asegurarse que los profesores participan de forma activa en la atención clínica y la investigación [26].

Una forma específica de hacer este tipo de conexiones es asegurarse de que los nuevos servicios se desarrollen en centros de salud mental comunitarios que ofrezcan oportunidades de formación para el personal. Esto significa, por ejemplo, que los equipos de salud mental comunitarios empleen enfermeros en prácticas, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales para que estos puestos sean una parte del programa de formación principal junto con los puestos de formación ubicados en el hospital.

Otras acciones que se ponen en marcha a menudo a nivel estatal o regional son el establecimiento y seguimiento de *las normas mínimas de atención*. Estas pueden aplicarse a problemas de recursos tales como el número mínimo necesario de enfermeras en las salas de hospitalización, o el número de médicos por cada distrito estándar. Los estándares estatales o regionales también pueden establecerse según el contenido de la práctica clínica, incluyendo el uso de formularios de prescripción consensuados, sistemas de diagnóstico estandarizados, o el uso de pautas de tratamiento basadas en la evidencia y los protocolos [27, 28]. Sin embargo, el conocimiento actual está más avanzado en la formulación que en la aplicación de las directrices de tratamiento y protocolos [29, 30].

Implicaciones

¿Cuáles son las implicaciones de estos temas para la acción práctica en favor de una mejor salud mental? Aunque los detalles locales variarán de acuerdo con la situación real en el ámbito local, los siguientes pasos generales pueden ser necesarios. En primer lugar, participar en las actividades estatales y regionales para aumentar el conocimiento público sobre las enfermedades mentales, y así reducir los prejuicios y la discriminación. Por ejemplo mediante la puesta en marcha de medidas que permitan a las personas con enfermedad mental hablar directamente con los medios de comunicación sobre sus condiciones y sus experiencias de

salud. Esto implicaría el establecimiento de relaciones dinámicas con los editores y periodistas que quisieran apoyar los cambios y, por lo general, se conseguiría de forma más eficaz donde las organizaciones no gubernamentales de usuarios y familiares tomaran la iniciativa. En segundo lugar, según nuestra experiencia, es vital tener relaciones de trabajo dinámicas con responsables gubernamentales, asesores y funcionarios, relacionados con la salud mental y la asistencia social, así como con los ministerios de finanzas. Los grupos de defensa de la salud mental pueden ser más eficaces si están actualizados en epidemiología de las enfermedades mentales [31], las consecuencias financieras de estas condiciones y la evidencia reciente sobre los tratamientos más eficaces. Estos contactos políticos de alto nivel tienen que ser utilizados por el sector de la salud mental para su adecuada promoción y para aumentar la inversión en salud mental.

En tercer lugar, a largo plazo es necesario asegurar que los planes de formación para todos los médicos y los profesionales de la salud mental sean revisados continuamente incluyendo los últimos avances clínicos y los resultados de la investigación. Al mismo tiempo, a medida que los servicios comunitarios de salud mental se desarrollan tienen que incluir puestos de formación para todas las disciplinas pertinentes.

Los puntos clave de este capítulo

- El nivel estatal o regional se refiere al nivel en el que se formula la política de salud, donde se fijan estándares clínicos pertinentes y se establecen las leyes de salud mental.
- En los niveles estatal o regional interactúan la percepción de la población y la de los políticos. esto tiene una influencia importante en la medida en que las leyes de salud mental y políticas de salud son liberales o restrictivas.
- Aunque los trastornos mentales representan alrededor del 12% del total de las personas con discapacidad en todo el mundo, la inversión relativa en salud mental es mucho menor en casi todos los países
- Una actividad importante a nivel estatal o regional es la creación y seguimiento de las normas mínimas de atención.
- Es necesario que los programas de formación para los profesionales de la salud mental se revisen continuamente para tener en cuenta los últimos avances clínicos y los últimos resultados de investigación.

REFERENCIAS

- Thornicroft G. Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Crisp AH, Cowan L and Hart D. The College's anti-stigma campaign 1998–2003. Psychiatr. Bull. 2004; 28: 133–136.
- Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P and Farmer P. Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *Int. Rev. Psychiatry* 2005; 17(2): 123–131.
- Corrigan P. On the Stigma of Mental Illness. Washington, DC: American Psychological Association; 2005.
- Crisp A, Gelder MG, Goddard E and Meltzer H. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. World Psychiatry 2005; 4: 106–113.
- Wahl OF. Media Madness: Public Images of Mental Illness. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1995.
- Angermeyer MC, Dietrich S, Pott D and Matschinger H. Media consumption and desire for social distance towards people with schizophrenia. Eur. Psychiatry 2005; 20(3): 246–250.
- Nairn RG and Coverdale JH. People never see us living well: an appraisal of the personal stories about mental illness in a prospective print media sample. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2005; 39(4): 281–287.
- Angermeyer MC and Matschinger H. Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. Acta Psychiatr. Scand. 2005; 111 (1): 68–73.
- Swanson JW. Mental disorder, substance abuse, and community violence: An epidemiological approach. In Monahan J and Steadman HJ (Eds.). Violence and Mental Disorder. Chicago: University of Chicago Press; 1994. 101–136.
- World Health Organisation. WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. Geneva: World Health Organisation; 2005.
- World Health Organisation. World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
- 13. Knapp MJ, McDaid D, Mossialos E and Thomicroft G. *Mental Health Policy and Practice Across Europe*. Buckingham: Open University Press; 2006.
- Patel V, Saraceno B and Kleinman A. Beyond evidence: the moral case for international mental health. Am. J. Psychiatry 2006; 163(8): 1312–1315.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B and Kleinman A. World Mental Health. Problems and Priorities in Low Income Countries. Oxford: Oxford University Press; 1995.
- Furedi F. Culture of Fear: Risk Taking and the Morality of Low Expectations. London: Cassell Academic; 1997.
- 17. Knapp M. The Economic Evaluation of Mental Health Care. London: Arena; 1995.
- Frank RG and Manning WG (Eds). Economics and Mental Health. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1992.

- Murray C and Lopez A. The Global Burden of Disease, Vol. 1. A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990, and Projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
- World Health Organisation. Investing in Mental Health. Geneva: World Health Organisation; 2003.
- World Health Organization. Advocacy for Mental Health. Geneva: World Health Organization; 2003.
- World Health Organisation. Mental Health Financing. Geneva: World Health Organisation; 2003.
- World Health Organisation. Mental Health Policy, Plans and Programmes. Geneva: World Health Organization; 2004.
- World Health Organisation. Planning and Budgeting to Deliver Services for Mental Health. Geneva: World Health Organization; 2003. 102 Chapter 7. The geographical dimension: country/regional
- Warner R. Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy. Hove: Brunner-Routledge; 2004.
- Lader EW, Cannon CP, Ohman EM, et al. The clinician as investigator: participating in clinical trials in the practice setting. Circulation 2004; 109(21): 2672–2679.
- Torrey WC, Drake RE, Dixon L, et al. Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatr. Serv.* 2001; 52(1): 45–50.
- Wells K, Miranda J, Bruce ML, Alegria M and Wallerstein N. Bridging community intervention and mental health services research. Am. J. Psychiatry 2004; 161(6): 955–963.
- Wells K, Sherbourne C, Schoenbaum M, et al. Five-year impact of quality improvement for depression: results of a group-level randomized controlled trial. Arch. Gen. Psychiatry 2004; 61(4): 378–386.
- Drake RE, Goldman HH, Leff HS, et al. Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. Psychiatr. Serv. 2001; 52(2): 179–182.
- Kessler RC, Demler O, Frank RG, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. N. Engl. J. Med. 2005; 352(24): 2515–2523

La dimensión geográfica: El nivel local

Definición del nivel local

El nivel local se puede considerar como intermedio entre el estatal y el regional, por un lado y el individual, por otro. Los criterios para la definición de los límites de este nivel pueden variar considerablemente entre los diferentes lugares. En algunos países se utilizan principalmente los criterios geográficos para definir el nivel local. Por ejemplo, un área con una población de unos 250.000 o 500.000 habitantes puede ser atendida por una sola organización de salud y financiados por un solo organismo. En otras áreas pueden existir acuerdos sectoriales sobre la base de la elegibilidad. Por ejemplo, la administración de los veteranos en EE.UU. ofrece atención médica al personal militar de sus fuerzas armadas siguiendo un patrón general de solapamiento de servicios por los diferentes proveedores de atención a nivel local.

Incluso dentro de los sistemas de servicios públicos relativamente integrados, puede haber diferentes límites para la atención primaria local, la atención de salud mental especializada y la provisión de servicios sociales. De hecho, en algunos países (como el Reino Unido), se da tanta importancia a la atención primaria que los servicios especializados locales (como la atención de la salud mental) están definidos por las listas de pacientes que registran grupos locales de médicos de familia [1].

Además, cuando los pacientes son vistos como consumidores, los responsables políticos empiezan a permitir la elección de los servicios como en una economía mixta de proveedores. Todo ello añade más complejidad a la simple idea de la atención local integrada en términos geográficos.

Funciones del servicio a nivel local

Los servicios locales que se organizan en función de zonas de cobertura a menudo reciben el nombre de sectores. El término de sector también ha sido usado en la organización de los servicios de salud mental comunitaria. Los primeros sectores aparecieron en Francia en 1947 y, ya en 1961 se habían establecido más de 300.

En los EE.UU. la Ley de Centros de Salud Mental Comunitaria⁷ (1963) introdujo el principio de zona de cobertura para cada centro de salud mental comunitaria, y en 1975, el 40% de la población tenía servicios por sectores [2, 3]. Una serie adicional de factores pueden también afectar a la elección del tamaño (ver Tabla 8.1)

Tabla 8.1 Factores que influyen en la organización de un servicio general de salud mental para adultos en el nivel local

Factores dependientes de la población

- (1) Composición sociodemográfica
- (2) Exclusión social
- (3) Composición étnica
- (4) Estructura por edad y sexo
- (5) Morbilidad psiquiátrica
- (6) Patrones de uso del servicio
- (7) Densidad de población

Factores dependientes del territorio

- (1) Características geográficas significativas
- (2) Grado de desarrollo urbanístico (o Grado de Urbanización)

Factores dependientes de la propia organización de servicios

- (1) Límites de los servicios sociales
- (2) Organización de la atención primaria
- (3) Patrones históricos de derivación de pacientes

En la última década, ha habido un declive de la organización de servicios locales en zonas de cobertura y de la atención por sectores mientras que se ha producido una expansión de la visión funcional. Todo ello es la consecuencia práctica, en primer lugar, de permitir una mayor capacidad de elección a los usuarios; en segundo lugar, de la tendencia de los gobiernos (incluyendo aquellos cuyos servicios estatales de salud tenían el monopolio de la prestación de la atención) a reconsiderar su función en la administración de los servicios, y fomentar una economía de estado

Community Mental Health Centres Act en el original ingles. Nota del trad.

mixta y mercantil, con fines de lucro y en el que las organizaciones no gubernamentales presten los servicios de tratamiento y atención [4].

Actualmente es común que los servicios locales sean entendidos en términos funcionales, es decir, el sistema, como un conjunto, Y sus servicios específicos, se conciben en términos de las actividades y funciones centrales que ofrecen. Estas funciones en un servicio general de salud mental para adultos (véase el capítulo 5) suelen realizarse mediante cinco recursos asistenciales: consultas externas o ambulatorias, equipos de salud mental comunitaria [5], hospitalización de pacientes con procesos agudos y atención residencial comunitaria de larga duración [6], y la rehabilitación, la ocupación y el trabajo. Estas funciones básicas suelen desarrollarse en poblaciones más pequeñas que las poblaciones donde trabajan los equipos superespecializados (como las clínicas ambulatorias especializadas para personas con trastornos de la alimentación, con diagnóstico dual, con trastornos afectivos resistentes al tratamiento), los equipos centrados en adolescentes; o para los equipos de salud mental móviles como los de tratamiento comunitario asertivo o los de tratamiento domiciliario [7, 8], véase la Tabla 5.4 [9].

Una característica importante de los servicios de orientación comunitaria es su accesibilidad para las personas con enfermedades mentales (véanse las tablas 4.2 y 4.5). Cuando un servicio forma parte de una estructura estática como las unidades de hospitalización es importante estar al alcance de las personas a las que sirve, por ejemplo, en términos de distancia y tiempo de viaje. Los componentes de los servicios móviles, como los equipos de salud mental comunitaria, están definidos a nivel local básicamente en virtud del territorio que pueden cubrir de manera efectiva visitando en su domicilio a las personas con enfermedad mental [10]. Junto con las ventajas descritas en la tabla 8.2, destacamos otras.

Tabla 8.2 Ventajas de la organización de servicios a nivel local

Ventajas en la planificación

- (1) Mejora la identificación de la tasa de pacientes
- (2) Escala factible para la evaluación clínica y social
- (3) Ayuda a la integración de los distintos componentes de los servicios locales
- (4) Mayor claridad presupuestaria para una población definida

Ventajas en la prestación de servicios

- (1) Disminuye el número de pacientes perdidos durante el seguimiento
- (2) Facilita el tratamiento en el hogar
- (3) Mejora la identificación del personal con la población local
- (4) Facilita la colaboración interinstitucional
- (5) Proporciona un denominador de población para la investigación y la evaluación

Ventajas en la calidad del servicio

- (1) Menor uso de dispositivos de crisis y de hospitalización
- (2) Mejoras en la intervención y educación del paciente
- (3) Mayor apoyo de los familiares y cuidadores
- (4) Responsabilidad definida para cada paciente
- (5) Mejora la comunicación para el personal, los pacientes y los cuidadores
- (6) Mejora la comunicación entre atención primaria y secundaria

Compromiso con los representantes locales

Trabajar a nivel local hace que la creación de vínculos con las figuras locales más representativas en la comunidad local sea una condición necesaria y útil. Por lo general, no sólo se trata de médicos de familia, sanitarios del hospital general y otros servicios de salud, sino también toda una gama de socios, tal y como se muestra en la Tabla 8.3. Además, existe un abanico más amplio de representantes sociales que pueden querer ser escuchados y participar en la toma de decisiones. Aquí podemos incluir: a los representantes de las organizaciones de barrio o vecinales, de las escuelas locales, directores y padres, de las diferentes comunidades étnicas y culturales, o, incluso, de las asociaciones de consumidores y comerciantes locales, iglesias y dirigentes de las distintas comunidades religiosas. La importancia de contar con estos representantes surge sobre todo en los momentos en que se planea abrir nuevos centros de salud mental. La búsqueda de colaboración para dichos planes pueden prevenir la oposición del vecindario, de lo contrario se podría paralizar la puesta en marcha de los servicios comunitarios.

Tabla 8.3 Principales representantes a nivel local

Usuarios / consumidores

Familiares / cuidadores

Profesionales de la salud (personal de salud mental y de atención primaria)

Otras instituciones de servicios públicos, por ejemplo, la policía e instituciones de vivienda

Otros grupos de proveedores de servicios, por ejemplo, organizaciones no gubernamentales, las iglesias y las asociaciones de beneficencia.

Responsables políticos: los políticos, los asesores políticos y funcionarios

Los planificadores y responsables del servicio

Asociaciones de enfermos y familiares

Los medios de comunicación locales, por ejemplo, periódico y radio

Consecuencias de centrarse en el ámbito local

Nuestro énfasis en la preeminencia del nivel local en la dimensión geográfica nos lleva a manifestar que la labor de los servicios de salud mental es más parecida a la atención primaria que a la mayoría de los otros servicios de salud especializados. Esto es así porque lo que tienen en común no es sólo la responsabilidad de una población de pacientes determinada (y por lo general definida geográficamente), sino también una perspectiva longitudinal en la evaluación y el tratamiento de los pacientes (que los especialistas de los hospitales con una típica sección transversal o un enfoque de episodios no son capaces de desarrollar). Además, ambos adoptan

un punto de vista clínico, que considera el tratamiento y la rehabilitación como un continuo más que como algo práctica y conceptualmente distinto. Ya que algunas otras áreas de la medicina, como la reumatología, las enfermedades metabólicas o la geriatría, desarrollan sistemas de servicio para los pacientes con enfermedades crónicas o recurrentes y remitentes, esperamos que estas habilidades lleguen a generalizarse en el futuro.

Sin embargo, es necesario advertir que el nivel local puede no existir en algunas áreas por lo que respecta a la organización de los servicios, tal y como lo conceptualizamos aquí. La mayoría de los países europeos cuentan con una infraestructura administrativa que organiza la salud, los servicios sociales y los otros servicios públicos en áreas geográficas definidas. Por otra parte, los sistemas de salud con un mayor grado de desregulación como en la mayor parte de los Estados Unidos sólo pueden reflejar débilmente el enfoque de la salud pública. Sin el cual una integración significativa y eficiente de los servicios, lo que consideramos el propósito central del nivel local, se vuelve extremadamente difícil de lograr. Por las razones expuestas en este capítulo, llegamos a la conclusión de que *lo local* es el fundamento organizativo básico para conseguir una planificación, una organización y una prestación de tratamiento y atención de salud mental eficientes.

Los puntos clave de este capítulo

- Cuando los servicios locales se organizan sobre la base de zonas de cobertura a nivel local, éstas a menudo se llaman sectores, por lo general sirven a una población total de 50.000 a 80.000 habitantes.
- Un servicio general de salud mental para adultos suele incluir cinco funciones principales: consultas externas y ambulatorias, equipos de salud mental comunitaria, hospitalización de pacientes con procesos agudos, atención residencial comunitaria de larga duración, rehabilitación y, finalmente, ocupación y trabajo.
- los servicios locales se desarrollan mejor cuando lo hacen en estrecha colaboración con los diferentes interlocutores locales que incluyen: usuarios, familiares, representantes de las asociaciones de enfermos y familiares, profesionales de la salud, así como representantes de otras agencias de servicios públicos como la policía y las instituciones de la vivienda, las organizaciones no gubernamentales, las iglesias y las organizaciones de beneficencia, los responsables políticos (políticos, asesores políticos y funcionarios, y planificadores y responsables de los servicios).

REFERENCIAS

- Olson RP. Mental Health Systems Compared: Great Britain, Norway, Canada and the United States. Springfield, IL: Charles C. Thomas; 2006.
- Grob G. From Asylum to Community. Mental Health Policy in Modern America. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1991.
- Hansson L. Sectorization. In Thornicroft G and Szmukler G (Eds.). Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001: 215–222.
- Knapp MJ, McDaid D, Mossialos E and Thornicroft G. Mental Health Policy and Practice Across Europe. Buckingham: Open University Press; 2006.
- Burns T. Community Mental Health Teams: A Guide to Current Practices. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- 6. Leff JP. Care in the Community: Illusion or reality? Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2003.
- Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, et al. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. BMJ 2006; 332(7545): 815–820.
- Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. BMJ 2005; 331(7517): 599.
- Thornicroft G and Szmukler G. Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001.
- Burns T, Knapp M, Catty J, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. Health Technol. Assess 2003 5,15

La dimensión geográfica: El nivel individual

La definición del nivel individual

Por nivel individual nos referimos al nivel de las intervenciones con los usuarios individuales, sus familiares, y sus redes sociales inmediatas. Tradicionalmente se considera este nivel como un ámbito propio del médico o el profesional sanitario, pero como veremos en los próximos dos capítulos, el resultado de la atención también depende en gran medida de las características de los otros dos niveles geográficos (el local y el estatal). Por lo tanto, para el personal sanitario es importante ser consciente de la manera en que los procesos en estos niveles superiores pueden influir positiva o negativamente en el trabajo clínico directo.

El significado del nivel individual

Quisiéramos enfatizar tres puntos respecto a este nivel: (i) las evidencias emanadas de la investigación en el campo de la salud mental se concentran principalmente en el nivel individual más que en el nivel local (véase el capítulo 10), a menudo a partir muestras que no son del todo representativas de las poblaciones de personas con enfermedades mentales más amplias; (ii) generalmente las evidencias son más adecuadas en las intervenciones clínicas individuales que en los tratamientos combinados y (iii) independientemente de cuales sean las evidencias, a menudo no existe una correspondencia entre lo que la evidencia sugiere como intervenciones efectivas y la práctica clínica actual [1, 2]. Esto puede ir en ambas

direcciones. Una práctica eficaz puede ir por delante, o quedarse por detrás de las últimas evidencias. A partir de esto, es razonable que haya que usar ambas direcciones como métodos para aprender cómo mejorar la atención. Además, es importante apreciar que la falta de evidencia sobre un tipo de intervención particular no es lo mismo que la evidencia de su falta de eficacia. Un tratamiento sin evaluar, por ejemplo, puede ser o puede no ser eficaz.

En la práctica clínica tradicional, los médicos ven los individuos a los que tratan y basan sus opiniones en los resultados de su experiencia clínica directa y acumulativa, y ésta trata sobre todo a gente con enfermedades mentales. La ilusión del médico, como se suele llamar [3], consiste en que la mayoría de la gente que mejora y se recupera abandona el tratamiento, y por lo tanto, a medida que pasa el tiempo la experiencia consiste en tratar a gente con enfermedades de larga duración, por lo que tienden a basar sus opiniones sobre un pronóstico fundamentado en sus propias experiencias poco representativas de tratar a gente con peores resultados que la media. De manera que suelen dar consejos pesimistas a la gente con enfermedades mentales y a sus familiares [3-5]. ¿Cuáles son los temas más importantes a nivel individual? Hemos identificado tres elementos principales que ahora discutimos a su vez en este capítulo, como se muestra en la Tabla 9.1.

Tabla 9.1 Elementos principales para la intervenciones en el nivel individual

- Visión del individuo como un socio en el tratamiento
- Reconocimiento de todo el rango de necesidades de cada individuo
- Uso de los familiares y los cuidadores como un recurso

La visión del individuo como un socio en la atención clínica

El primer paso para establecer una relación terapéutica entre el médico y el individuo es tratar de desarrollar una relación de colaboración en la que ambos trabajen juntos para identificar los problemas que deben abordarse y acordar conjuntamente un plan de atención [6, 7]. Es decir, podría verse como profesionales que ofrecen el tipo de atención que les gustaría recibir si se intercambiaran los papeles [8]. Se ha dicho que estas relaciones encajan en tres apartados: el modelo paternalista, en el que el médico decide qué hacer, el modelo informado, en el que el paciente decide después de que el médico le explique las opciones, y el modelo compartido, donde el médico y el paciente deciden juntos qué medidas tomar. De

hecho, el editor del *BMJ* expresó la opinión de que "pasar al modelo compartido puede ser el cambio más importante en la medicina en la próxima década". [9].

Cuando a las personas se les informa de esta manera, se hace posible verlos como *negociadores* de su propio tratamiento. Esta posición negociadora se aplica por igual a otros tipos de tratamiento psicológico y social, tales como la participación en un centro de día o la solicitud de trabajo. En relación a la medicación, es importante darse cuenta de que para muchos trastornos físicos y mentales, las personas, de hecho, sólo tienen la medicación prescrita la mitad del tiempo [10]. Por ejemplo, las personas con cuadros psicóticas que han experimentado los efectos secundarios de la medicación antipsicótica, y que comprensiblemente pueden ser reacios a tomar más, tal vez deseen acordar con el médico un margen de dosificación en el que el individuo tenga la capacidad de decidir qué dosis se toma. Tales preferencias pueden expresarse en un documento de voluntades previas o un plan de crisis [11, 12].

Esta postura negociadora es pragmática, ya que, en nuestra propia experiencia clínica, es probable que aumente la probabilidad de que los individuos modifiquen los regímenes de medicación recomendado o los planes de tratamiento. Pero también hay razones éticas más amplias para un enfoque de colaboración. La investigación reciente en los EE.UU. indica que la sensación de coerción de las personas durante el tratamiento hospitalario es menor cuando manifiestan que: (i) en algún momento de la hospitalización han tenido la oportunidad de dar su versión de la misma desde su propio punto de vista y (ii) han sentido que su visión ha sido tomada en serio por el personal. Los investigadores de la red MacArthur denominan estos dos factores como 'justicia procedimental', e indican que cuando los individuos manifiestan que han sido tratados con respeto en estas dos cuestiones concretas, su tratamiento les resulta más aceptable, incluso si el ingreso ha sido obligatorio, o si han recibido medicación de forma forzada en algún momento durante su tratamiento hospitalario [13-15].

De hecho, este enfoque es ya común para algunos tipos de tratamiento, por ejemplo, ciertas formas de psicoterapia, especialmente tratamientos conductistas y cognitivo-conductistas han descrito y sistematizado esta participación individual activa. En relación con esto, es importante hacer hincapié en que proponemos negociar principalmente los tratamientos de *efectividad conocida y comprobada*, por lo que la participación individual en las decisiones en lo referente al tratamiento puede considerarse a la vez como pragmática y fundamentada en principios.

El reconocimiento de toda la gama de necesidades individuales

En la práctica moderna de la salud mental los profesionales deben considerar una amplia gama de necesidades biológicas, psicológicas y sociales. Ha quedado claro en los últimos años que la opinión de un individuo sobre sus propias necesidades y la visión del profesional pueden ser sustancialmente diferentes [16-18]. De hecho, las necesidades valoradas por los usuarios son mejores predictores de la calidad de vida que las necesidades valoradas por los profesionales [19]. Curio-samente, cuando la valoración de las necesidades hecha por los profesionales y los usuarios coinciden estrechamente, se puede predecir un mejor resultado de la atención a largo plazo [20]. Un método que se puede utilizar para evaluar toda la gama de necesidades es el llamado Entrevista Camberwell de evaluación de necesidades (Camberwell Assessment of Needs, CAN en sus siglas inglesas) [21, 22] (véase la tabla 9.2).

Tabla 9.2 Áreas de necesidad incluidas en la evaluación de las necesidades Camberwell (CAN)

- Alojamiento
- Ocupación
- Síntomas psicóticos específicos
- Malestar psicológico
- Información sobre la enfermedad y su tratamiento
- Medicamentos no prescritos
- · Alimentos y comidas
- Habilidades para el hogar
- Autocuidado y presentación
- · Seguridad hacia uno mismo
- Seguridad hacia los demás
- Dinero
- Cuidado de los niños
- La salud física
- Alcohol
- La educación básica
- Compañía
- Teléfono
- · Transporte público
- · Salarios sociales y ayudas

El uso de los familiares y los cuidadores como un recurso

Los miembros de la familia y los cuidadores de las personas con enfermedades mentales son a menudo un valioso recurso para trabajar con el personal de salud mental [23]. Las técnicas específicas para trabajar con estas familias, los métodos de medición de su participación y el impacto de su actividad como cuidadores en los enfermos han sido objeto de atención en la literatura científica [24]. Para darse cuenta de su pleno potencial para participar en la planificación y la prestación de la atención, es necesario comprender cuáles son sus propias preocupaciones, y abordar sus propias necesidades directas. Un ejemplo de este reconocimiento es el criterio 6 del Marco Nacional del Servicio de Salud Mental⁸ en Inglaterra que se llama 'el cuidado de los cuidadores' [25]. Esto requiere que todos los individuos que proporcionan una atención considerable y regular a una persona con enfermedad mental grave tengan una evaluación anual de sus propias necesidades, así como que tengan su propio plan de atención para que se les ayude en su función de cuidadores. ¿Cuáles son las preocupaciones comunes de los miembros de la familia? Estas se muestran en la Tabla 9.3 [26].

Tabla 9.3 Las preocupaciones comunes de los familiares de personas con enfermedad mental

- Pérdida de las expectativas de futuro de la persona con enfermedad mental
- Preocupación sobre el suicidio y la conducta agresiva
- Preocupación por la baja actividad de su familiar que padece una enfermedad mental
- Necesidad de información sobre la enfermedad, su tratamiento e implicaciones
- Información sobre si las acciones de la familia o la negligencia han causado la enfermedad
- Asesoramiento de expertos sobre el derecho a obtener prestaciones sociales
- Efectos sobre la salud mental de los otros miembros de la familia
- Necesidad de períodos de descanso
- ¿Qué pasará en el futuro cuando mueran los otros miembros de la familia o el cuidador?

De hecho, los profesionales pueden impedir involuntariamente que los familiares jueguen un papel en el cuidado con todo su potencial, por ejemplo, mediante una 'confidencialidad' que evita la comunicación. Los cuidadores a menudo manifiestan que sus intentos de hablar con el personal se ven frustrados al escuchar que no pueden participar en las discusiones sobre el cuidado de su familiar por razones

⁸ The National Service Framework for Mental Health en el original ingles. Nota del Trad.

de confidencialidad [27], es decir, la información clínica no se revela a terceros sin el consentimiento de la persona interesada. Si bien esto es un requisito legal en muchos países, el personal a menudo no reconoce que los familiares no pueden apoyar a la persona con conocimiento de causa si se les excluye específicamente del acceso a los datos pertinentes. Una manera de conciliar estas necesidades aparentemente contradictorias es que los médicos planteen esta cuestión de forma explícita al usuario y así obtener la autorización sobre la información que se puede compartir con los miembros de la familia [28]. Una manera menos formal, pero a menudo más útil, de involucrar a la familia es invitarla a asistir a las citas clínicas en las que tanto los miembros de la familia como el individuo estén presentes. Como mínimo, incluso si la persona con enfermedad mental no ha dado permiso para que la información clínica se transmita a los familiares, los profesionales pueden escuchar lo que los familiares deseen decir, que a menudo contiene información importante acerca de la dolencia de la persona con enfermedad mental. En otras palabras, rara vez se justifica que los profesionales excluyan completamente a los familiares de las discusiones de planificación de la atención.

Ni muy poco, ni demasiado cuidado

Mientras que las instituciones ofrecen una 'atención total' a las personas atendidas dentro de sus perímetros, una ventaja importante de la atención con orientación comunitaria es que el grado de asistencia prestada a las personas con enfermedad mental puede ajustarse a las necesidades que el paciente tenga en el momento. Sin embargo, con un uso equilibrado de hospitalización y atención comunitaria, en muchos de los países económicamente más desarrollados, la mayoría de las personas con trastornos mentales nunca buscarían ayuda. Incluso cuando la gente va a un médico, por ejemplo, por problemas mentales, puede hacerlo después de largos períodos de retraso o de haber evitado algún tipo de tratamiento. Las personas con fobia social, por ejemplo, pueden esperar, en promedio, hasta 14 años antes de ponerse en contacto con los servicios de salud mental [29]. Por lo tanto, los médicos pueden ayudar indirectamente a los individuos a través de medidas que fomenten la búsqueda de ayuda, por ejemplo, participando en actividades de educación pública efectiva o actividades contra los estigmas [30, 31]. En relación con esto, los pasos para detectar el desarrollo de enfermedades mentales y brindar el tratamiento en una etapa temprana pueden ser vitales para reducir las consecuencias de la enfermedad potencialmente incapacitantes y a largo plazo [32, 33]. Se pueden utilizar las siguientes directrices:

- Fomentar que la gente busque ayuda
- Detección temprana activa del desarrollo de la enfermedad mental
- Empoderamiento de los usuarios para planear la recuperación e identificar las recaídas temprana
- Proporcionar un apoyo flexible de acuerdo a las necesidades actuales
- Proporcionar respuesta fiable y rápida a las crisis cuando sea necesario
- Asunción de riesgos apoyada por profesionales, familiares, etc..., respecto a demandas asumibles y reducción de la dependencia innecesaria.

Como muchas formas de enfermedad mental pueden seguir el patrón llamado 'remitente y recurrente', en el que la persona con enfermedad mental tiene períodos de relativa recuperación entre los episodios de malestar, los métodos desarrollados para otras enfermedades similares (por ejemplo, artritis reumatoide) pueden también ser aplicables. Algunos de estos enfoques recientes se llaman programas de 'gestión de la enfermedad' o 'gestión de la dolencia' [34, 35]. Un ingrediente capital es la provisión de suficiente información al usuario para permitirle que tome decisiones informadas sobre las opciones de tratamiento [36, 37]. Otro ingrediente activo adicional que los profesiones de la salud tienen que aceptar es que la persona afectada por la enfermedad tenga control sobre qué tratamientos aceptar y cuáles rechazar o posponer: en otras palabras, un enfoque de empoderamiento [38]. Desde este punto de vista, en relación a enfermedades como el trastorno bipolar, la esquizofrenia y la depresión recurrente, el médico puede estar dispuesto a proporcionar niveles más altos o más bajos de tratamiento de acuerdo con las necesidades cambiantes de las personas: de manera que no se aplique ni por defecto ni por exceso. El riesgo es que la excesiva prestación de tratamiento y atención puede provocar a largo plazo la dependencia y la pérdida progresiva de la autonomía y el empoderamiento.

La excesiva prestación de tratamiento o de atención puede significar, por ejemplo, la dosis innecesaria y continua de un medicamento anti-psicótico cuando las condiciones de la persona ya han mejorado sustancialmente; o puede significar un prolongado periodo de tratamiento hospitalario, lo que puede conducir a la pérdida de las habilidades de la vida diaria y a la institucionalización progresiva.

Ya que no existen en la actualidad marcadores claros para indicar el comienzo de un episodio de enfermedad mental, los profesionales y los usuarios tienen que utilizar su experiencia y su criterio para evaluar los primeros signos de la enfermedad. En este sentido, los usuarios (y sus familiares) están a menudo en una posición mucho mejor para detectar las características realmente tempranas de una recaída que los médicos. De la misma manera, los signos de recuperación deben identificarse lo antes posible para poder alertar a los profesionales y reducir el grado de intervención y así permitir un progresivo mayor grado de empoderamiento y el retorno a la vida cotidiana (por ejemplo, en la reducción de las dosis de medicación o la frecuencia de las citas).

Aun así, durante un período de recuperación hay que tomar decisiones difíciles acerca de la cantidad de estrés que una persona puede soportar, por ejemplo, cuándo volver al trabajo y si debe trabajar a tiempo parcial, y en qué etapas esto puede facilitar aún más la recuperación o, de hecho, llevar a una recaída. Con las mejores intenciones, los profesionales y los familiares pueden seguir protegiendo durante más tiempo del necesario.

Las investigaciones actuales arrojan pocas indicaciones acerca de qué cantidad de estrés es aconsejable y en qué etapa de la recuperación, por lo tanto, en líneas generales, estas decisiones dependen de juicios difíciles. Existe un enfoque que consiste en evitar los acontecimientos estresantes de la vida para reducir así al mínimo la probabilidad de recaída, sin embargo, en este caso, la persona está protegida tanto de los factores de estrés como de la posibilidad de volver con éxito a la normalidad de su vida. Un enfoque preferido por muchos usuarios y asociaciones de usuarios y consumidores es la autogestión, en la que los riesgos graduales, como el retorno al trabajo, se toman con un fuerte apoyo familiar y profesional [39]. Esta es la perspectiva de asunción de riesgos con apoyo, en la que las decisiones importantes las toma el usuario.

Para las personas con enfermedad mental y sus familiares, uno de los apoyos más importantes y necesarios es poder tener la confianza de que, si la persona tiene una crisis, van a obtener un acceso rápido a la ayuda de un experto.

Además, en relación con la calendarización, la buena práctica clínica demuestra la capacidad de proporcionar servicios que puedan tanto aumentar rápidamente como disminuir rápidamente en intensidad de acuerdo a la enfermedad del individuo. A menudo, sin embargo, lo que ocurre es que los servicios simplemente no son en absoluto capaces de responder a tiempo, o solamente son capaces de aumentar su dosis rápidamente, pero son lentos a la hora de retirar la cuantía de los cuidados durante la recuperación del individuo.

Los puntos clave de este capítulo

- Por nivel individual nos referimos al nivel de las intervenciones con los usuarios individuales y sus familiares, así como su red social inmediata.
- La evidencia de las investigaciones en el campo de la salud mental se concentra principalmente en el nivel individual más que en el nivel local.
- Las evidencias emanadas de las investigaciones se refieren generalmente a las intervenciones clínicas individuales en lugar de a los tratamientos combinados.
- A menudo no existe una estrecha correspondencia entre lo que la evidencia presenta como intervenciones eficaces y la práctica clínica real.
- Debido a que los médicos suelen pasar más tiempo con las personas cuyas enfermedades mentales tienen los peores resultados, pueden desarrollar un pesimismo injustificado sobre el pronóstico de las enfermedades mentales.
- Apoyamos la idea de que los usuarios sean considerados 'socios en la atención' y de esta manera se negocien los planes de tratamiento, y los familiares participen plenamente en la atención.
- El enfoque de la recuperación, en el que destaca el optimismo de cara al futuro, es el que está ganando apoyos en muchos países.

REFERENCIAS

- Geddes JR and Harrison PJ. Closing the gap between research and practice. Br. J. Psychiatry 1997; 171: 220–225.
- Tansella M, Thornicroft G, Barbui C, Cipriani A and Saraceno B. Seven criteria to improve effectiveness trials in psychiatry. Psychol. Med. (in press) 2006; 36(5): 711–720.
- 3. Cohen P and Cohen J. The clinician's illusion. Arch. Gen. Psychiatry. 1984; 41(12): 1178–1182.
- Vessey JT, Howard KI, Lueger RJ, Kachele H and Mergenthaler E. The clinician's illusion and the psychotherapy practice: an application of stochastic modeling. J. Consult. Clin. Psychol. 1994; 62(4): 679–685.
- Phelan JC, Yang LH and Cruz-Rojas R. Effects of attributing serious mental illnesses to genetic causes on orientations to treatment. *Psychiatr. Serv.* 2006; 57(3): 382–387.
- Haigh R. Partnership with patients. Modern antipaternalism needs to be invigorated. BMJ 2000; 320(7227): 117–118.
- 7. Coulter A. Paternalism or partnership? BMJ 1999; 319: 719–720.
- Bleker OP. Partnership with patients. Treat patients as you would like to be treated yourself. BMJ 2000; 320(7227): 117.

- 9. Smith R. Take your partners for the dance. BMJ 1999; 319(7212): A.
- Haynes RB, McDonald HP and Garg AX. Interventions For Helping Patients to Follow Prescriptions For Medications. Oxford: Cochrane Library Update Software Issue 2; 2002.
- Henderson C, Flood C, Leese M, et al. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. BMJ 2004; 329(7458): 136.
- 12. Flood C, Byford S, Henderson C, et al. Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 333(7571): 729.
- Szmukler G and Appelbaum P. Treatment pressures, coercion and compulsion. In Thornicroft G and Szmukler G (Eds.). *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2001: 529–544.
- Elbogen EB, Swanson JW and Swartz MS. Effects of legal mechanisms on perceived coercion and treatment adherence among persons with severe mental illness. J. Nerv. Ment. Dis. 2003; 191(10): 629–637.
- Bindman J, Reid Y, Szmukler G, et al. Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up: a cohort study. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2005; 40(2): 160–166.
- Lasalvia A, Ruggeri M, Mazzi MA and Dall'Agnola RB. The perception of needs for care in staff and patients in community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 3. Acta Psychiatr: Scand. 2000; 102(5): 366–375.
- Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F, et al. Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. Psychol. Med. 2005; 35(11): 1655–1665.
- Thomicroft G and Slade M. Comparing needs assessed by staff and by service users: paternalism or partnership in mental health? *Epidemiol. Psichiatr. Soc.* 2002; 11(3): 186–191.
- Slade M, Leese M, Cahill S, Thomicroft G and Kuipers E. Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. Br. J. Psychiatry 2005; 187: 256–261.
- Lasalvia A and Ruggeri M. Multidimensional outcomes in 'real world' mental health services: follow-up findings from the South Verona Project. Acta Psychiatr. Scand. (Suppl.) 2007; 116: 3–77.
- Slade M, Thornicroft G, Loftus L, Phelan M and Wykes T. CAN: The Camberwell Assessment of Need. London: Gaskell, Royal College of Psychiatrists; 1999.
- 22. Thomas S, Harty M, Parrott J, et al. The Forensic CAN: A Needs Assessment For Forensic Mental Health Service Users. London: Gaskell, Royal College of Psychiatrists; 2003.
- Mueser KT and Gingerich S. Coping with Schizophrenia: A Guide for Families. New York: Guildford Press; 2005.
- Joyce J, Leese M, Kuipers E, et al. Evaluating a model of caregiving for people with psychosis. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2003; 38(4): 189–195.
- Department of Health. National Service Framework for Mental Health. Modern Standards and Service Models. London: Department of Health; 1999.
- Berry D, Szmukler G and Thomicroft G. Living with Schizophrenia: The Carers Story. Brighton: Pavillion Press; 1997.
- 27. Rapaport J, Bellringer S, Pinfold V and Huxley P. Carers and confidentiality in mental health care: considering the role of the carer's assessment. A study of service users', carers' and practitioners'

- views. Health Soc. Care Community 2006; 14(4): 357–365.
- Szmukler GI and Bloch S. Family involvement in the care of people with psychoses. An ethical argument. Br. J. Psychiatry 1997; 171: 401–405.
- Dingemans AE, Couvee J and Westenberg HG. Characteristics of patients with social phobia and their treatment in specialized clinics for anxiety disorders in the Netherlands. J. Affect. Disord. 2001; 65(2): 123–129.
- Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF, Evans K and Groves C. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatizing attitudes to depression: randomised controlled trial. Br. J. Psychiatry 2004; 185: 342–349.
- Thornicroft G. Shunned: Discrimination Against People With Mental Illness. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Perkins DO, Gu H, Boteva K and Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. Am. J. Psychiatry 2005; 162(10): 1785–1804.
- Friis S, Vaglum P, Haahr U, et al. Effect of an early detection programme on duration of untreated psychosis: part of the Scandinavian TIPS study. Br. J. Psychiatry Suppl. 2005; 48: s29-s32.
- Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avom J and Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. Arch. Intern. Med. 2004; 164(15): 1641–1649.
- Ofman JJ, Badamgarav E, Henning JM, et al. Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review. Am. J. Med. 2004; 117(3): 182–192.
- Harris M, Smith B and Veale A. Printed patient education interventions to facilitate shared management of chronic disease: a literature review. *Intern. Med. J.* 2005; 35 (12): 711–716.
- Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, et al. Illness management and recovery: a review of the research. Psychiatr. Serv. 2002; 53(10): 1272–1284.
- Corrigan PW. Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. Psychiatr. Q. 2002; 73(3): 217–228.
- Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiol. Psychiatr. Soc.* 2005.

La dimensión temporal: la fase de recursos (inputs)

La definición de la fase de recursos (inputs)

Los recursos son los medios de cualquier tipo con que se dota el sistema de salud mental, y que deben distinguirse de los *procesos* que tienen lugar dentro de este sistema, que describimos en el capítulo siguiente. Estos recursos (*inputs*) pueden ser introducidos en el sistema de salud mental en los tres niveles geográficos, y también pueden ser descritos como visibles o invisibles.

Los *recursos visibles* consisten principalmente en el personal y los edificios. En psiquiatría, en comparación con otras especialidades médicas, se invierte relativamente poco en equipos, ya que la mayor parte del gasto son los costes de personal, que incluyen los salarios de enfermeros, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales.

A veces nos olvidamos de los *recursos invisibles* como, por ejemplo, las buenas relaciones de trabajo. En muchas ocasiones se ignoran o infravaloran, a pesar de que pueden mejorar o malograr la utilidad de los recursos visibles. De hecho, a menudo la influencia de los recursos invisibles sólo se manifiesta cuando están ausentes. Sin unas buenas relaciones de trabajo, por ejemplo, las derivaciones de los casos entre los equipos pueden ser bloqueadas o retrasadas, lo que reduce la calidad de la atención. Otros recursos invisibles incluyen la experiencia y los conocimientos de los profesionales. Esto ha empezado a ser reconocido cada vez más mediante la evaluación de la adherencia al tratamiento, es decir, hasta qué punto las intervenciones del personal se adhieren a normas basadas en la evidencia.

En nuestra opinión, el objetivo principal de un servicio de salud mental debe ser el de realizar intervenciones eficaces en las personas con enfermedad mental (celda 3C del modelo matricial en la Tabla 10.2). Por lo tanto, los recursos (*inputs*) merecen la pena *solamente* si contribuyen directa o indirectamente a mejorar los resultados de la enfermedad que padecen los individuos. Aun así, los ingresos financieros, que son relativamente fáciles de cuantificar, a menudo se utilizan como indicadores de rendimiento del sistema. De hecho, es común que los gobiernos describan el aumento de los gastos de servicios de salud mentales *como si* esto fuera lo mismo que proporcionar un mejor servicio. Y no es así. La cuestión fundamental es si los recursos contribuyen a unos resultados mejorados y medibles.

En este capítulo vamos a ilustrar los recursos en relación con las principales categorías de atención de la salud mental, como se muestra en la Tabla 10.1, y vamos a discutir esto en relación con los tres niveles geográficos, como se ilustra en la Tabla 10.2.

Tabla 10.1 Categorías de recursos en los servicios de salud mental

RECURSOS VISIBLES

- Presupuesto
 - Cantidad absoluta de recursos monetarios destinada a los servicios de salud mental.
 - Asignación relativa en comparación con el total de los gastos sanitarios.
- Personal
 - Número de profesionales en relación con la población atendida.
 - Diversidad de profesiones y grados de antigüedad.
- Edificios, dispositivos y equipamiento.
- Equipamiento para la investigación, el diagnóstico y el tratamiento.

RECURSOS INVISIBLES

- Relaciones de trabajo.
 - Entre los profesionales dentro de los equipos técnicos.
 - Entre los diferentes equipos clínicos de salud mental.
 - Entre equipos de salud mental y de salud física.
- Políticas y regulaciones
 - Leyes de salud mental y leyes relacionadas con la salud mental.
 - Políticas de organización y estándares de calidad.
 - Protocolos de tratamiento y directrices.
- Estigmas públicos y representaciones de la enfermedad mental en los medios de comunicación

Tabla 10.2 Visión general del modelo matricial, con los elementos principales en la fase de recursos.

Dimensión es- pacial	Dimensión temporal				
	(A) Fase de recurso	(B) Fase de proceso	(C) Fase de resultados		
(1) Nivel estatal y	1A	1B	1C		
regional	Asignación del presupuesto de salud mental.				
	Leyes de salud mental.				
	Políticas y directivas gubernamentales				
	Programación de la formación del personal de salud mental.	1			
	Directrices y protocolos de tratamiento.				
Nivel local	2A	2B	2C		
	Presupuesto del servicio local y equilibrio entre los servicios hospitalarios y comunitarios.				
	Evaluación de las necesidades de la población local.				
	Diversidad y cantidad de profesionales.				
	Servicios clínicos y no clínicos.				
	Relaciones de trabajo entre equipos.				
Nivel individual	3A	3B	3C		
	Evaluación de las necesidades individuales realizada por el personal, los usuarios y las familias.				
	Destrezas y conocimientos de los profesionales.	-			
	Información para los usuarios				
	Información para los cuidadores.				

Recursos en los niveles estatal y regional

Por lo que respecta a las *asignaciones presupuestarias*, hay enormes variaciones entre países (y entre las regiones dentro de los países) en sus asignaciones financieras reales para la atención de salud mental. La OMS estima que el 12% de la carga

mundial de morbilidad total (CMM) puede atribuirse a trastornos psiquiátricos. La CMM incluye tanto la mortalidad (años de vida perdidos, AVP) como la morbilidad (años de vida ajustados por discapacidad, AVAD). Respecto a la mortalidad, por ejemplo, cada año se registran unos 800,000 suicidios en todo el mundo, 86% en los países de ingresos bajos y medianos, la mayoría relacionados con las personas entre los 15 y los 44 años. En relación con la discapacidad, en 2002 el 32% de los AVAD globales fueron causados por trastornos mentales - el principal contribuyente a la CMM entre las enfermedades no transmisibles (ENT), más que las enfermedades cardiovasculares (22% de los AVAD ENT) o cáncer (11%). En el Reino Unido solamente los costes de proporcionar atención médica y social para las personas con demencia son mayores que el cáncer y las enfermedades cardiovasculares combinadas. Por comparación, sólo el 2% del total de los presupuestos de salud en todo el mundo se destinan a los trastornos mentales [1]. Una consecuencia de esto es que en todos los países, la mayoría de las personas que están mentalmente enfermas no reciben ningún tipo de tratamiento [2, 3]. Por ejemplo, una reciente encuesta de población general en EE.UU. ha mostrado que el 70% de los enfermos mentales se quedó sin tratamiento [4], mientras que un estudio europeo mostró que alrededor de tres cuartas partes de todas las personas con enfermedad mental no reciben tratamiento [5]. La implicación es clara: en todos los países el gasto de la atención de salud mental está lejos de responder al reto de proporcionar suficiente atención a todas las personas que necesitan tratamiento para la enfermedad mental. En resumen, la cobertura de la atención es ampliamente insuficiente: la necesidad supera ampliamente la provisión de la atención [2, 6-10].

Dentro de los países también hay *variaciones sustanciales en los recursos presu- puestarios*. Como se analiza en el capítulo 8, la necesidad de servicios, a nivel de la población, varía en gran medida, en relación con la privación social [11, 12], debido a que
la prevalencia de personas con enfermedades mentales graves y su uso de los servicios
son mucho más altos en áreas socialmente desfavorecidas. En cambio, en muchos países las asignaciones financieras para la salud mental en las regiones más desarrolladas
son las mismas que en las más desfavorecidas socialmente, con lo cual se penaliza las
zonas más pobres con la entrega de una calidad equivalente de la atención [6].

Un punto relacionado es la distinción entre las asignaciones del presupuesto *absoluto* y las del *relativo*. Mientras que el total del 'pastel' presupuestario suele ser fijo para los servicios de salud mental cada año, puede ser que al concentrarse las discusiones financieras solamente en los cambios en el gasto proporcional, se pierdan oportunidades de aumentar la cantidad absoluta gastada. Por ejemplo, en

el periodo después de un importante escándalo de salud mental, o justo después del nombramiento de un nuevo gobierno o de un ministro de salud, puede haber una breve oportunidad para aumentar la prioridad concedida a la salud mental.

Por el contrario, en períodos de recortes financieros, es vital garantizar que los servicios de salud mental no sufran reducciones financieras mayores que las que se aplican a otras áreas de salud (lo que sería una forma de estigma estructural o sistémico) [13]. Por lo tanto deben tenerse en cuenta varios factores que pueden aumentar las necesidades de servicios de salud mental a la hora de asignar fondos para servicios de salud mental en las áreas locales:

- Los inmigrantes, refugiados y solicitantes de asilo
- Presencia de puertos principales de transporte, estaciones terminales o finales de trayecto que traen personas que no gozan de buena salud a una área local
- Albergues o refugios para las personas sin hogar o con enfermedad mental grave
- Concentración de personas cerca de un antiguo hospital psiquiátrico grande
- Instituciones especializadas para personas con necesidades complejas (por ejemplo, la asistencia social y las casas de salud para personas con discapacidad, incluyendo personas mayores, personas con problemas de aprendizaje y personas con trastornos de adicción), donde se puede esperar que las tasas de trastornos mentales sean altas.
- Cárceles y otro tipo de centro de detención o de custodia.

Un elemento común a nivel estatal o regional es que las *decisiones políticas* influyen en cada nivel inferior de la práctica. Estas decisiones políticas de los niveles superiores pueden tomar varias formas: estatutos que tengan fuerza de ley, directrices oficiales que puedan ser obligatorias o discrecionales, y códigos de conducta de las profesiones que codifiquen una práctica clínica razonable.

Un ejemplo de las aportaciones pertinentes a nivel estatal o regional es la creación y la difusión de las *directrices clínicas y protocolos*. Mientras estas dos palabras se utilizan a menudo como sinónimos, de hecho, el *Concise Oxford Dictionary* define una directriz como 'un principio o criterio que guía o dirige una acción', y se define un protocolo como 'Las normas, formalidades, etc... o el procedimiento, grupo, etc' [14]. En otras palabras los protocolos dan instrucciones claras sobre las intervenciones clínicas específicas, mientras que las directrices ofrecen menos consejos específicos, y permiten que los profesionales se aparten de ellas en los casos en que se pueda justificar. En la actualidad existe una tendencia creciente a

armonizar la práctica clínica con las recomendaciones contenidas en las directrices y los protocolos. Su objetivo es mejorar los resultados clínicos mediante la reducción de la variabilidad entre una recomendación de las mejores prácticas basada en la evidencia (o basada en el consenso de expertos) y lo que realmente ocurre en la práctica clínica.

Los recursos en el nivel local

Los presupuestos locales para los servicios de salud mental a menudo incluyen los fondos para la salud y para los servicios sociales. También puede haber contribuciones de los departamentos de vivienda, de las universidades, o de los presupuestos de educación (por ejemplo, para servicios a la infancia y a la adolescencia). En resumen, el panorama financiero completo es a menudo complejo y no bien entendido. El total de recursos disponibles para la salud mental es por lo tanto, a menudo, más grande que el que se aporta desde el Ministerio de Salud. Además, en muchos países las asignaciones presupuestarias a las áreas locales se realizan desde el centro del estado, y la variedad de criterios locales es bastante limitada. Sin embargo, las implicaciones de esto son que tiene que haber altos directivos en el servicio local que entiendan todo el panorama financiero, y que puedan hacer un llamamiento a la colaboración eficaz entre los distintos organismos que prestan la atención de salud mental, y así aprovechar al máximo toda la gama de criterios locales que sea posible.

A nivel local, es importante tener en cuenta los diferentes tipos de *límites*. Por ejemplo, hay límites: (i) entre los diferentes equipos dentro de los servicios de salud mental, (ii) entre las organizaciones de salud y asistencia social (iii) entre las organizaciones públicas, las privadas y las organizaciones sin ánimo de lucro. En cada límite las relaciones disfuncionales (mal administradas) pueden producir ineficiencia y a menudo lo hacen. En nuestra opinión, la forma más eficaz de gestionar estas cuestiones de límites múltiples es adoptar una visión *de todo el sistema* para reunir al liderazgo de todas las partes interesadas y pactar (por lo general a través de acuerdos a nivel del servicio o de contratos locales) la manera de llevar a cabo estas relaciones a través de estos límites.

Por ejemplo, en muchos países, una gran parte del presupuesto de salud mental se gasta en el cuidado de pacientes psiquiátricos de larga evolución cuya condición clínica es bastante estable. Este coste debería afrontarse por el servicio de salud o por el presupuesto de los servicios sociales? En Suecia, por ejemplo, una ley ha transferido la responsabilidad y los fondos para los pacientes de larga estancia que ya no requieren tratamiento médico activo, del sistema de salud a los servicios sociales. Esta medida está diseñada como incentivo para que los servicios sociales trasladen este tipo de pacientes del hospital a una atención residencial más barata y más adecuada tan pronto como sea posible. En Italia se ha introducido una regulación similar, con una implicación adicional para las familias ya que es posible que éstas tengan que asumir el copago por la atención social, pero no por los costes del cuidado de la salud.

Un importante tema referente a los recursos que se plantea en el ámbito local es la balanza de gastos entre los servicios hospitalarios y los comunitarios [15]. En los últimos años, en la mayoría de los países económicamente desarrollados, este cambio en la balanza ha ido en una dirección - del hospital a la comunidad [16]. Un cambio paralelo se ha producido al trasladar la atención hospitalaria psiquiátrica de procesos agudos de las grandes instituciones psiquiátricas a los hospitales generales locales. Cada uno de estos cambios puede evaluarse mediante el establecimiento de objetivos en el presupuesto allá donde se gaste el dinero, y luego hacer un seguimiento de los gastos reales a través del tiempo.

Hay que reconocer dos puntos importantes aquí. Quienes gestionan este proceso tienen que garantizar que los fondos siguen a los pacientes, de otro modo la actividad clínica cambia rápidamente del hospital a lugares en la comunidad, sin embargo de manera típica más de dos tercios del presupuesto permanece en el hospital [17]. En segundo lugar, durante la descentralización existe el riesgo siempre presente de que los fondos se fuguen del sistema de salud mental y vayan a otras áreas de la medicina a menos que los responsables de los presupuestos sean muy astutos y se protejan contra una depredación financiera como esa.

Para hacer una comparación de los recursos a nivel local necesitamos un sistema común de medidas. Mientras que los servicios hospitalarios tradicionalmente utilizan el número total de *camas* disponibles como el principal indicador de la escala de los recursos, los servicios comunitarios, sin embargo, ni siquiera tienen todavía una unidad de medición tan simplificada como esa. Es poco probable que un único indicador sea suficiente para describir un sistema tan complejo como son los servicios comunitarios. Más bien vamos a necesitar una serie de índices cuantitativos y cualitativos [8].

Recursos en el nivel individual

Uno de los temas centrales de este libro es que el objetivo principal de los servicios de salud mental a nivel estatal o regional y a nivel local es proporcionar servicios que mejoren la situación de las personas. Por lo tanto, podemos ver el nivel individual como una vía final común para todos los recursos de los niveles superiores. Describiremos en esta sección dos tipos principales de recursos a nivel individual: las habilidades y conocimientos del personal (lo que influye en los procesos de tratamiento), y la prestación de información a los individuos y sus cuidadores.

En cuanto a las *habilidades y conocimientos del personal*, es la práctica experta (o la competencia) más que la experiencia o las titulaciones lo que tiene una importancia fundamental [18]. Esto significa la aplicación de un desarrollo profesional continuo o una educación médica continua, variando el enfoque desde el conocimiento profesional a las habilidades y renunciando a la enseñanza basada en un currículum tradicional en favor de un mayor énfasis en las habilidades clínicas basadas en la evidencia (véase el Capítulo 11 sobre los procesos clínicos).

El segundo tipo principal de recurso individual del paciente es la *información*. Hay una creciente preocupación sobre la necesidad de proporcionar información a las personas antes de obtener su consentimiento para llevar a cabo investigaciones o para proporcionar tratamientos. En este contexto nos referimos a la información sobre el diagnóstico, evolución y resultado de la enfermedad, sobre los tipos de tratamiento disponibles, y sobre los efectos deseados y no deseados de estos tratamientos. Las razones de este interés son *legales* (por ejemplo, para advertir a los pacientes sobre los efectos adversos de los fármacos), éticas (permitir que el paciente tome decisiones informadas está cada vez más convirtiéndose en la práctica clínica habitual) y *evidentes*, ya que los pacientes que están bien informados acerca de los tratamientos tienen más probabilidades de estar satisfechos con el servicio y por lo tanto de adherirse a las recomendaciones del tratamiento [19].

Sin embargo, la práctica de transmitir información a los pacientes y a sus familias sigue siendo por lo general informal. Las evidencias de los cuidados generales de salud sugieren que la información se da de manera más eficaz si los médicos supervisan un procedimiento paulatino:

- (1) Pregunta si el paciente quiere algún tipo de información.
- (2) Haz una lista de las preguntas específicas que el paciente quiere que se le respondan.
- (3) Responde las preguntas de una en una y pregunta cada vez que es lo que el paciente ya sabe.

- (4) Confirma o cuestiona las afirmaciones del paciente, correctas o mal informadas.
- (5) Ofrece una breve serie de declaraciones en respuesta a cada pregunta.
- (6) Pregunta si esto es suficiente detalle o si el paciente desea una mayor elaboración de cada punto.
- (7) Díle al paciente qué te gustaría saber si ha sido capaz de responder a cada pregunta, y pídele que resuma lo que has dicho.
- (8) O bien confirma las declaraciones correctas del paciente, o bien reformula tu propia presentación de la información si el paciente no ha entendido o no ha retenido los puntos clave.
- (9) Repite esta secuencia para cada uno de los temas que el paciente ha seleccionado. ¿Cómo se puede sintetizar toda esta información a nivel individual? En cierto sentido, una de las principales tareas de los médicos y los profesionales es interpretar los distintos elementos de información disponibles (por ejemplo, las evaluaciones de diagnóstico o necesidades, y las directrices clínicas o protocolos) *para* cada individuo, y para traducirlos en un plan de atención con el objetivo de que sea consensuado *con* la persona a quien se está tratando.

Los puntos principales de este capítulo

- Los recursos son los medios de cualquier tipo con que se dota el sistema de salud mental.
- Si el objetivo principal de un servicio de salud mental es prestar una intervención efectiva a las personas con enfermedad mental, los recursos son válidos solamente si contribuyen directa o indirectamente al resultado de las enfermedades.
- Los recursos visibles incluyen: presupuestos, personal, edificios, dispositivos y equipos.
- Los recursos invisibles incluyen: las relaciones de trabajo, las políticas y regulaciones, la estigmatización pública y las representaciones mediáticas de la enfermedad mental.
- Un defecto común en la práctica es el no ofrecer suficiente información (un recurso) a los usuarios y a los miembros de la familia.
- En todos los países, los recursos aportados indican que no más de un cuarto de las personas con enfermedades mentales reciben tratamiento.

REFERENCIAS

- World Health Organisation. Mental Health Atlas 2005. Geneva: World Health Organisation; 2005.
- Thornicroft G. Most people with mental illness are not treated. Lancet 2007; 370 (9590): 807–808.
- Wang PS, Guilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Use of mental health services for anxiety, mood and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet 2007; 370(9590): 841–850.
- 4. Kessler RC, Demler O, Frank RG, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. N. Engl. J. Med. 2005; 352(24): 2515–2523.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 2004; (420): 47–54.
- Patel V, Araya R, Chatterjee S, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007; 370(9591): 991–1005.
- Patel V, Farooq S and Thara R. What is the best approach to treating schizophrenia in developing countries? PLoS Med. 2007; 4(6): e159.
- 8. Chisholm D, Flisher A, Lund C, *et al.* Scale up services for mental disorders: a call for action. Lancet 2007; 370(9594): 1241–1252.
- Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. Lancet 2007; 370 (9590): 859–877.
- Saxena S, Thornicroft G, Knapp M and Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007; 370(9590): 878–889.
- 11. Tello JE, Jones J, Bonizzato P, et al. A census-based socio-economic status (SES) index as a tool to examine the relationship between mental health services use and deprivation. *Soc. Sci. Med.* 2005; **61**(10): 2096–2105.
- Tello JE, Mazzi M, Tansella M, et al. Does socioeconomic status affect the use of community-based psychiatric services? A South Verona case register study. Acta Psychiatr. Scand. 2005; 112(3): 215–223.
- Schomerus G, Matschinger H and Angermeyer MC. PREFERENCIAS of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care: are there indications of discrimination against those with mental disorders? Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2006; 41(5): 369–377.
- Soanes C and Stevenson A. Concise Oxford English Dictionary, 11th edn. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- Thornicroft G and Bebbington P. Deinstitutionalisation from hospital closure to service development. Br. J. Psychiatry 1989; 155: 739–753.
- 16. Olson RP. Mental Health Systems Compared: Great Britain, Norway, Canada and the United States. Springfield, IL: Charles C. Thomas; 2006.
- Saxena S, Thornicroft G, Knapp M and Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007; 370(9590): 878–889.

- 18. Roth A and Fonagy P. What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research, 2nd edn. New York: Guildford Press; 2004.
- 19. Lasalvia A, Bonetto C, Tansella M, Stefani B and Ruggeri M. Does staff-patient agreement on needs for care predict a better mental health outcome? A 4-year follow-up in a community service. *Psychol. Med.* 2007;1–12

La dimensión temporal: la fase de proceso

La definición de la fase de proceso

El *Concise Oxford Dictionary* define proceso como 'una vía de acción o procedimiento, especialmente una serie de etapas en la manufactura u otras operaciones' o como 'el progreso o curso de algo.' [1]

Definimos como *proceso* 'aquellas actividades que tienen lugar en la prestación de la atención de salud mental'.

Por lo tanto, en relación con el tema de este libro, la *fase de proceso* se refiere a una amplia gama de actividades (clínicas y no clínicas) que se producen en el sistema de salud mental (véase la tabla 11.1).

Tabla 11.1 Resumen del modelo matricial, con ejemplos de los temas principales en la fase de proceso

Dimensión espacial	Dimensión temporal			
-	Fase de recursos	Fase de proceso	fase de resultados	
nivel estatal regional	o 1A	1B indicadores de actividad (p. ej. tasas de ingreso, tasas de tratamiento obligatorio)	1C	
nivel local	2A	2B	2C	
		Contactos del servicio y pautas de uso del servicio Trayectoria del servicio y continuidad Orientación del servicio hacia grupos especiales		
nivel individual	3A	3B Contenido de las intervenciones terapéuticas (psicológica, social y farmacológica)	3C	
		Continuidad del personal clínico Frecuencia de las citas	167 	

Estos procesos incluyen intervenciones directas en las personas con enfermedad mental (tales como los ingresos hospitalarios, las recetas de medicamentos o la prestación de tratamiento psicológico), así como los procesos no clínicos (tales como las actividades administrativas). Aunque ponemos énfasis principalmente sobre los resultados (véase el capítulo 12), los procesos son importantes porque influyen en los resultados de manera importante. Por ejemplo, la decisión por parte del personal de admitir o no admitir a una persona en un hospital, o la decisión de tomar o no tomar la medicación prescrita por parte de una persona con una enfermedad mental (dos tipos de proceso clínico), puede tener graves consecuencias para el resultado de un tratamiento. También puede haber interacciones complejas entre los diferentes procesos. Por ejemplo, el aumento de la satisfacción individual con los servicios (quizás debido a una mejor provisión de información) puede mejorar la consiguiente adherencia al tratamiento.

El proceso en el nivel estatal o regional

Los muchos procesos que se dan lugar en el sistema de atención de salud mental son generalmente invisibles a no ser que sean descritos sistemáticamente de maneras que permitan comparaciones entre lugares y períodos distintos. Tales descripciones de procesos a nivel estatal pueden tener usos importantes, por ejemplo a la hora de describir tendencias en la prestación y uso del servicio. Una investigación como esta, por ejemplo puede indicar que la creación de equipos de tratamiento domiciliario para proporcionar atención de crisis a domicilio puede reducir las tasas de ingreso en los hospitales psiquiátricos hasta en un 20% [2]. Otros usos de la medición de los procesos incluyen:

- Permitir la comparación internacional
- Identificar áreas de una relativa sobre-prestación y sub-prestación
- Establecer mediante indicadores si se consiguen los objetivos estatales

De hecho, los cálculos específicos se han usado durante más de medio siglo para evaluar los procesos de cuidado de la salud [3]. Por ejemplo, desde 1954 se ha defendido el enfoque 'gestión por resultados', que usa objetivos como herramientas para el desarrollo y la implementación de las políticas de salud. Esto depende de la permanente disponibilidad de los datos epidemiológicos. Este enfoque ha tenido una posición central en los objetivos establecidos por la OMS en 1998 en su declaración Salud para Todos [4]. Tales objetivos son un mecanismo disponible

para los gobiernos locales, regionales o estatales [5,7], y puede identificar objetivos que sean transparentes, controlables y adaptables [8,9], sin embargo, actualmente no hay consenso sobre los indicadores que deberían usarse de manera normal en cualquiera de estos niveles [5].

El proyecto Atlas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se puso en funcionamiento en 2000 para recoger, compilar y diseminar información sobre los recursos de salud mental en los distintos países, y gran parte de estos datos hacen referencia a los procesos [10]. Aporta información referente a 16 cuestiones de cada uno de los 192 estados miembros de la OMS, por ejemplo sobre el número de profesionales por cada 100.000 habitantes, o sobre la presencia o ausencia de políticas específicas de salud mental, o sobre programas y leyes. El proyecto Atlas fue actualizado en 2005 y la validez de los datos fue mejorada al incorporar otras fuentes que las de los funcionarios del gobierno de los distintos países [11]. Los datos en estos dos momentos históricos distintos han permitido analizar las tendencias y aunque en los principales hallazgos durante el período 2001-2005 no se percibieron cambios sustanciales en los recursos disponibles para la atención a la salud mental, los desequilibrios regionales en la disponibilidad de los recursos permanecieron ampliamente estables; además se dieron más incrementos modestos en los servicios comunitarios que en los hospitalarios, o en el número de profesionales de salud mental, o en el número de países con políticas de salud mental, legislación y listas de medicinas esenciales [11, 12].

El Instrumento de Evaluación de Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) [13] recoge un conjunto internacional de comparadores de servicios más detallado, de nuevo consiste en gran parte en mediciones del procesos. Este consiste en 155 indicadores que cubren seis ámbitos: la política y el marco legislativo, los servicios de salud mental, la salud mental en la atención primaria de la salud, los recursos humanos, la educación pública y los vínculos con otros sectores, la supervisión y la investigación. En conjunto, estos ámbitos tienen el propósito de formar una imagen relativamente completa de un sistema estatal de salud mental, y los informes específicos de cada país que usan este sistema se han producido en 18 países.

El proceso en el nivel local

Vamos a discutir ejemplos de los procesos de atención de salud mental que son relevantes a nivel local: (i) registros de casos y otros sistemas de información local, (ii) trayectoria de individuos hacia la atención y a través de la atención, y hasta qué punto los servicios ofrecen continuidad y (iii) la orientación de servicios especializados hacia los grupos de individuos más discapacitados.

En comparación con el nivel estatal o regional, los datos del proceso recogidos a nivel local usando *registros de caso* pueden ser más detallados. Coordinando datos de fuentes diferentes es posible obtener información acumulativa sobre los individuos identificados. El desarrollo reciente del sistema de historial clínico electrónico significa que los sistemas de datos locales habituales ahora se pueden utilizar como la base para fines administrativos y de supervisión. Por ejemplo, en Dinamarca existe un registro estatal de casos psiquiátricos que construye un registro longitudinal de patrones de atención hospitalaria para pacientes individuales, y que se utiliza para vincular censos y otros datos socio-demográficos, tanto para la investigación epidemiológica y etiológica (para identificar factores de riesgo de los trastornos psiquiátricos) [14, 15] como para la evaluación de la utilización de los servicios de salud mental [16, 17].

En la tabla 11.2 se muestran algunos tipos de datos que se pueden recoger usando este sistema a nivel local, la mayoría supervisan procesos locales de atención de la salud mental.

Estas mediciones de procesos se pueden usar, con una función descriptiva, para la vigilancia de los procesos asistenciales a lo largo del tiempo, que puede ser válido a efectos administrativos. La *evaluación* de la atención es un ejercicio más complejo, y a pesar de que las variables del proceso se usan a menudo *como si* tuvieran significado por sí mismas, de hecho para los objetivos de la evaluación están incompletas sin referencias a los recursos y resultados con los que están asociados.

Otro conjunto importante de asuntos referentes a los procesos locales son los *itinerarios* hacia y a través de los servicios de salud mental. El término itinerario describe las rutas adoptadas por los individuos en la toma de un primer contacto con los servicios de salud (véase la accesibilidad en el capítulo 4), y la secuencia subsiguiente de eventos dentro de un episodio de atención (véase la *continuidad* en el capítulo 4). Estas secuencias son altamente dependientes de la disponibilidad de servicios a nivel local, y también de los patrones históricos de derivación y de trato entre organismos. Un análisis de las vías de los individuos puede revelar las debilidades principales del sistema local, tales como puntos a los que las derivaciones no logran llegar o áreas de solapamiento ineficiente, donde varias agencias ofrecen servicios similares.

La tercera cuestión que discutiremos en relación con el proceso de atención en el nivel local es el *grupo diana* al que va dirigido. Aunque esto es algo que suscita cierta controversia [19], existe un amplio consenso alrededor de la idea de que las personas que estén más discapacitadas deben tener prioridad en los servicios de salud mental y que la atención debe estar proporcionada en relación con las necesidades. El concepto de enfermedad mental grave se ha desarrollado como un término para describir grupos particulares de personas con enfermedades mentales que deben recibir la más alta prioridad en los servicios (Tabla 11.3). Hasta hace poco tiempo este concepto se utilizaba para referirse a las personas con trastornos psicóticos, pero estudios más recientes, usando el registro de casos en Verona, descubrió que la prevalencia de la enfermedad mental grave fue de 1.34/1000 personas con trastornos psicóticos y 0.98/1000 con trastornos no psicóticos [20]. En pocas palabras, hubo casi tantas personas con trastornos mentales severos de tipo no psicótico como de tipo psicótico.

Tabla 11.2 Definiciones de variables que pueden usarse para describir el proceso de atención a nivel local

- Incidencia tratada anual: Número total de pacientes que tuvieron un contacto por primera vez con un servicio psiquiátrico durante el año especificado
- Prevalencia tratada anual: Número total de pacientes que tuvieron un contacto con los servicios psiquiátricos durante el año especificado
- Prevalencia de un día tratada: Todos los pacientes que están en contacto con el servicio de psiquiatría el día del censo, junto a pacientes con un episodio actual de atención (es decir, los que tuvieron un contacto psiquiátrico antes y después del día del censo, con menos de 91 días entre contactos)
- Pacientes de larga duración de un día: Todos los pacientes no hospitalizados continuamente durante el año anterior (es decir, no de larga duración), que, el día del censo habían estado en contacto continuo con uno o más servicios psiquiátricos durante los 365 días anteriores o más tiempo, con menos de 91 días entre cada contacto
- Prevalencia de pacientes hospitalizados: Número total de pacientes que han pasado por lo menos un día de hospital en el año especificado
- Primeras ingresos: Número total de primeras ingresos hospitalarias de pacientes psiquiátricos en el año especificado
- Re-ingreso: Número total de reingresos en el hospital psiquiátrico en el año especificado
- El total de ingresos^a: Número total de admisiones psiquiátricas en los hospitales con fecha de ingreso en el año especificado
- Media de camas ocupadas por día: número medio de camas ocupadas por día
- Estancia media: duración media de la estancia de todos los ingresos en el año especificado
- Tasas de ingreso de pacientes en contacto con los servicios: prevalencia de pacientes hospitalizados dividida por la prevalencia de todos los pacientes tratados, expresada como un porcentaje
- Índice de prioridad del cuidado hospitalario para un grupo con diagnóstico específico: el número total de días de hospitalización en un año determinado por pacientes de un grupo con diagnóstico particular como una razón de la misma cifra para el total de pacientes con todos los diagnósticos
- Prevalencia en hospitales de día: Número total de pacientes que tuvieron al menos un contacto (o una visita) en los hospitales de día o en grupos de rehabilitación de centros de salud mental de la comunidad en el año especificado
- Media de contactos con los hospitales de día: Número medio de contactos con los hospitales de día por paciente y día en el año especificado
- Índice de prioridad de la atención en los hospitales de día: Número total de días pasados en el hospital de día por grupos de diagnóstico específico en el año especificado como una razón de la misma cantidad de pacientes con todos los diagnósticos
- Prevalencia de contactos ocasionales y ambulatorios: Número total de pacientes que tuvieron al menos un contacto ambulatorio en el hospital, clínicas psiquiátricas comunitarias (incluyendo contactos realizados con el psiquiatra en consultas de Medicina General - sólo para Reino Unido), con el punto de enlace del hospital general y servicio de urgencias en el año especificado^b

Tabla 11.2 (cont.)

- Media de contactos ocasionales y ambulatorios: número medio de contactos ocasionales y ambulatorios y por paciente tratado en este nivel de atención en el año especificado
- Índice de prioridad de pacientes ambulatorios para los grupos con diagnósticos específicos: Número total de pacientes externos y contactos ocasionales llevados a cabo por los pacientes en el año por un grupo con diagnóstico particular como razón de la misma cifra para los pacientes con todos los diagnósticos
- Prevalencia de visitas domiciliarias y contactos con la comunidad: Número total de pacientes que hicieron alguna visita a su casa o las casas de amigos o familiares, o visitas a pacientes que temporalmente estaban con otras agencias, o visitas a los locales de organizaciones de voluntariado o a los locales de servicios sociales, organizada por psiquiatras, enfermeros, psicólogos y otros miembros del personal psiquiátrico en el año especificado
- Media de las visitas domiciliarias y contactos con la comunidad: El número medio de visitas domiciliarias y de contactos con la comunidad por paciente atendido en este nivel de atención en el año especificado
- Índice de prioridad de visitas domiciliaras para grupos con diagnóstico específico: número total de visitas domiciliarias y contactos de la comunidad por paciente en el año especificado para un grupo con diagnóstico particular como una razón de la misma cifra para los pacientes con todos los diagnósticos
- ^a Si un paciente fue admitido más de una vez en el año especificado, cada ingreso está incluido en el número del total de admisiones.
- ^b Solamente se incluyen contactos cara a cara. Cualquier contacto hecho por teléfono está incluido en el cálculo.

Fuente: [18]

Tabla 11.3 Definiciones del enfermo mental grave

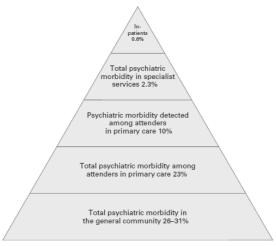
- (1) Instituto Nacional de Salud Mental (1987)
 - (i) Diagnóstico de la psicosis no orgánica o el trastorno de personalidad.
 - (ii) Duración, operacionalizada como una historia de la enfermedad mental de dos años o dos años o más de tratamiento.
 - (iii) Discapacidad, operacionalizada en términos que incluyan al menos tres de los siguientes:
 - (a) Vulnerabilidad al estrés.
 - (b) Incapacidad que impide la autosuficiencia y causa dependencia.
 - (c) Capacidad limitada para obtener la asistencia necesaria.
 - (d) Comportamiento social que exige la intervención del sistema de salud mental o judicial.
 - (e) Deterioro de las actividades de la vida diaria y las necesidades básicas
 - (f) Deterioro del funcionamiento social.
 - (g) Rendimiento laboral limitado y deteriorado.
 - (h) Rendimiento fuera del trabajo limitado y deteriorado (por ejemplo, el ocio y las actividades domésticas).

(2) Ruggeri *et al*. (2000) [20]

- (i) Duración: operacionalizada en términos de dos años o más de contacto con los servicios de salud mental.
- (ii) Discapacidad: escala de Evaluación Global de Funcionamiento9 de 50 o menos.

Global Assessment of Functioning (GAF) en el original inglés. Nota del trad.

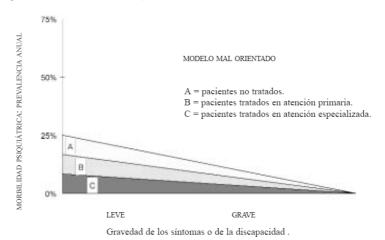
El gráfico 11.1 muestra un esquema para demostrar la frecuencia de las enfermedades mentales en la comunidad y la proporción en las que son detectadas y tratadas en los países que tienen un sistema de atención de salud primaria y secundaria que funciona relativamente bien. Cada año más de un 25% de la población general tiene un trastorno mental lo suficientemente grave como para interferir en su vida cotidiana [21]. En el Reino Unido, por ejemplo, aproximadamente entre la mitad y dos tercios son detectados por los profesionales de atención primaria de la salud [22], y sólo el 2% de toda la población adulta se deriva a un especialista de salud mental para una evaluación o tratamiento (de los cuales una cuarta parte son ingresados en un hospital psiquiátrico cada año). El punto principal es que de todas las personas con trastornos mentales, sólo aproximadamente el 10% llegan a ser vistos por personal especializado en los países económicamente desarrollados. Por lo tanto, ¿qué 10% debe ser el objetivo de los servicios especializados?



- -Pacientes ingresados 0.6%
- -Morbilidad psiquiátrica total en servicios especializados 2.3%
- -Morbilidad psiquiátrica detectada entre los que asisten a la atención primaria 10%
- -Morbilidad psiquiátrica total entre los que asisten a la atención primaria 23%
- -Morbilidad psiquiátrica total en la población general 26-31%

Gráfico 11.1 Modelo de morbilidad psiquiátrica de Goldberg y Huxley

Si un servicio de salud mental especializado decide orientar su atención a las personas más discapacitadas por enfermedad mental, ¿cómo puede evaluar la situación? Un método consiste en realizar una encuesta o censo de los pacientes tratados en los servicios de atención primaria de la localidad o en los de atención especialista (secundaria), y valorar su diagnóstico, la duración del tratamiento y el grado de discapacidad para identificar el grupo de los enfermos mentales severos. Estos resultados se pueden comparar con las estimaciones de, por ejemplo, la prevalencia del trastorno psicótico en la población general (ver Capítulo 2) para entender qué proporción de estas personas no están recibiendo ningún tratamiento o atención en absoluto [23]. El resultado de ese estudio puede mostrar una imagen similar a la del Gráfico 11.2, donde las personas con enfermedad mental grave tienen las mismas posibilidades de no recibir ningún cuidado (A), o para ser visto en la atención primaria (B) o secundaria (C) - en otras palabras, se trata de un servicio que no establece bien sus objetivos.



Gráfica 11.2 relación entre el grado de discapacidad y el marco de tratamiento en un servicio mal orientado

En comparación, un servicio con objetivos bien definidos (en los países económicamente más desarrollados) es aquel en el que la mayoría de las personas con enfermedades mentales graves son atendidas por profesionales especialistas, y donde la mayoría de las personas con enfermedades incapacitantes de gravedad leve a moderada se tratan en centros de atención primaria, por ejemplo, usando modelos de colaboración [24; 25], como se muestra en el Gráfico 11.3. Además, en los sistemas con objetivos bien definidos, los individuos que no padecen una enfermedad mental diagnosticada, después de la evaluación, no continúan recibiendo tratamiento, aunque un reciente estudio a gran escala en los EE.UU. mostró que la mitad de las personas que reciben tratamiento psiquiátrico en centros de asistencia primaria o secundaria en realidad no tenía una enfermedad psiquiátrica diagnosticable (véase el capítulo 2) [21].

El establecimiento de grupos diana es necesario, pero no suficiente. Otro factor crucial es si la *capacidad* del servicio secundario (especialista) es lo suficientemente grande como para proporcionar una atención coste-efectiva a todos los casos que cumplen los criterios de una enfermedad mental grave.

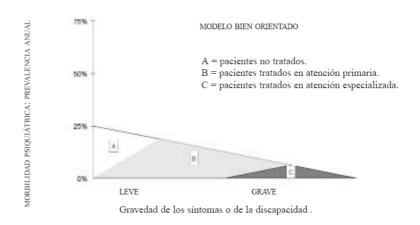


Gráfico 11.3 Relación entre el grado de discapacidad y el marco de tratamiento en un servicio bien orientado

Procesos en el nivel individual

En el nivel individual, es sorprendente que no se haya prestado suficiente atención a los procesos que ocurren en las reuniones entre el personal de salud mental y las personas en las consultas clínicas habituales (el contenido del tratamiento) y por lo tanto son poco conocidos [26]. Los esfuerzos para que el comportamiento

clínico avance hacia la práctica basada en la evidencia, por ejemplo, siguiendo las directrices del tratamiento y los protocolos, han producido efectos más bien modestos, generalmente un 10% de mejoras en los resultados clínicos [27-29].

La principal consecuencia que se deriva de lo dicho es la importancia de adaptar tratamientos específicos a condiciones particulares, y de identificar los elementos activos de las intervenciones complejas (como la gestión de los casos), y en definitiva poner en práctica de forma generalizada los medios efectivos para garantizar un cambio de comportamiento de los profesionales y de esta manera aproximarse más a las directrices y protocolos basados en la evidencia. Una consecuencia de este enfoque es que los tratamientos adaptados (tales como los tratamientos cognitivo-conductuales) especifican la frecuencia en la que deben tener lugar las consultas del tratamiento, mientras que en las clínicas externas tradicionales no hay una evidencia clara de cuál es la frecuencia de contacto más eficaz [30, 31].

¿Cuál es la relación entre los procesos locales e individuales? Una forma de entender esto es ver los procesos locales, tales como las actividades de los equipos de salud mental comunitarios, como los *vehículos* que prestan servicios. Al mismo tiempo, las actividades terapéuticas de los profesionales se pueden ver como procesos en el nivel individual, que pueden o pueden no ser terapéuticos, en función de si este personal proporciona una atención eficaz a las personas con enfermedad mental, en otras palabras, si ofrecen los elementos activos del tratamiento. Un servicio de salud mental que funcione bien será coherente mientras los tratamientos activos (incluyendo métodos de optimización de la relación terapéutica, aumento de confianza y habilidades de comunicación efectiva) estén *disponibles* por parte del personal capacitado (proceso individual), y que en realidad sean *proporcionados* a las personas con enfermedad mental a través de servicios cuidadosamente organizados (proceso local).

Los puntos principales de este capítulo

- Definimos como proceso "aquellas actividades que tienen lugar en la prestación de la atención de la salud mental".
- Los procesos incluyen intervenciones directas (como los ingresos hospitalarios, las recetas de medicamentos, o la prestación de un tratamiento psicológico) así como las actividades no clínicas (como las administrativas).
- Los procesos a nivel regional o estatal incluyen tales indicadores de actividad como las tasas de ingresos.
- Las medidas de procesos de nivel local incluyen las vías de atención.
- Por procesos de nivel individual nos referimos a, por ejemplo, la continuidad del personal clínico, o la frecuencia de las citas.
- Muchos de los indicadores de servicios de salud mental son las medidas del proceso, ya que son más fáciles de conseguir que los resultados, y son a veces erróneamente utilizados 'como si' fueran los resultados.
- La Organización Mundial de la Salud compila regularmente comparaciones internacionales de los indicadores de salud mental, la mayoría de los cuales son las medidas del proceso.
- Un aspecto importante de un sistema de salud mental es el grado en el que intenta llegar con los servicios a grupos particulares de personas con enfermedad mental (por ejemplo, aquellos con los mayores niveles de discapacidad) y cuál es su grado de éxito.
- Muchas de las innovaciones del servicio (tales como los equipos de salud mental comunitarios) son procesos de prestación de tratamientos complejos, y para mejorar los resultados necesitan prestar tratamientos eficaces.

REFERENCIAS

- Soanes C and Stevenson A. Concise Oxford English Dictionary, 11th edn. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- Glover G, Arts G and Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. Br. J. Psychiatry 2006; 189(5): 441–445.
- Van Herten LM and Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy. Part I: Lessons learned. Health Policy 2000; 53(1): 1–11.
- Van Herten LM and Van de Water HP. New global Health for All targets. BMJ 1999; 319(7211): 700–703.

- Mainz J, Krog BR, Bjornshave B and Bartels P. Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project. *Int. J. Qual. Health Care* 2004; 16 (Suppl 1): i45-i50.
- Shield T, Campbell S, Rogers A, et al. Quality indicators for primary care mental health services. Qual. Saf. Health Care 2003; 12(2): 100–106.
- Coop CF. Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. Aust. Health Rev. 2006; 30(2): 174–180.
- Van Herten LM and Gunning-Shepers LJ. Targets as a tool in health policy. Part II: Guidelines for application. Health Policy 2000; 53(1): 13–23.
- 9. Thornicroft G and Tansella M. *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
- 10. World Health Organisation. Mental Health Atlas 2001. Geneva: World Health Organisation; 2001.
- 11. World Health Organisation. *Mental Health Atlas 2005*. Geneva: World Health Organisation; 2005.
- Saxena S, Sharan P, Garrido M and Saraceno B. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. World Psychiatry 2006; 5(3): 179–184.
- 13. World Health Organisation. World Health Organisation Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS). Geneva: World Health Organisation; 2005.
- Dalton SO, Mellemkjaer L, Thomassen L, Mortensen PB and Johansen C. Risk for cancer in a cohort of patients hospitalized for schizophrenia in Denmark, 1969–1993. Schizophr. Res. 2005; 75(2–3): 315–324.
- Li J, Laursen TM, Precht DH, Olsen J and Mortensen PB. Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. N. Engl. J. Med. 2005; 352(12): 1190–1196.
- Munk-Olsen T, Laursen TM, Videbech P, Rosenberg R and Mortensen PB. Electroconvulsive therapy: predictors and trends in utilization from 1976 to 2000. J. ECT 2006; 22(2): 127–132.
- 17. Erlangsen A, Mortensen PB, Vach W and Jeune B. Psychiatric hospitalisation and suicide among the very old in Denmark: population-based register study. Br. J. Psychiatry 2005; 187: 43–48.
- Gater R, Amaddeo F, Tansella M, Jackson G and Goldberg D. A comparison of community-based care for schizophrenia in south Verona and south Manchester. Br. J. Psychiatry 1995; 166(3): 344–352.
- Andrews G. Efficacy, effectiveness and efficiency in mental health service delivery. Aust. N.Z.J. Psychiatry 1999; 33(3): 316–322.
- Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G and Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistentmental illness. Br. J. Psychiatry 2000; 177: 149–155.
- Kessler RC, Demler O, Frank RG, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. N. Engl. J. Med. 2005; 352(24): 2515–2523.
- Goldberg D and Huxley P. Common Mental Disorders: A Bio-Social Model. London: Routledge; 1992.
- Perala J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. Arch. Gen. Psychiatry 2007; 64(1): 19–28.
- Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D and Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch. Intern. Med.* 2006; 166(21): 2314–2321.

- Von Korff M and Goldberg D. Improving outcomes in depression. The whole process of care needs to be enhanced. BMJ 2001;(323): 948–949.
- Thomicroft G. Testing and retesting assertive community treatment. Psychiatr. Serv. 2000; 51(6): 703.
- Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J and Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 2003; 289(23): 3145–3151.
- Gilbody SM, Whitty PM, Grimshaw JM and Thomas RE. Improving the detection and management of depression in primary care. Qual. Saf. Health Care 2003; 12(2): 149–155.
- Grimshaw J, EcclesMand Tetroe J. Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. J. Contin. Educ. Health Prof. 2004; 24 (Suppl 1): S31–S37.
- 30. Thomicroft G and Tansella M. The components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *Br. J. Psychiatry* 2004; **185**: 283–290.
- Becker T. Out-patient psychiatric services. In Thornicroft G and Szmukler G (Eds.). Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001: 277–282

La dimensión temporal: la fase de resultados

La definición de la fase de resultados

Resultado (*outcome*) se define en el *Concise Oxford Dictionary* como 'un resultado, un efecto visible'. En este sentido un resultado es el paso final de la secuencia: recursos, procesos y resultados. En la asistencia sanitaria, los resultados son generalmente considerados como cambios en el funcionamiento, la morbilidad o la mortalidad [1]. Al igual que con los recursos y los procesos, los resultados se pueden considerar en los tres niveles del modelo matricial (Véanse las tablas 12.1 y 12.2).

Las medidas del proceso, o incluso las medidas de recursos, se utilizan a menudo *como si* fueran resultados. Esto no es sólo debido a las definiciones confusas, sino también a que nuestra capacidad para definir y medir los resultados en la atención de la salud mental todavía no está bien desarrollada. Sin embargo, en la última sección de este capítulo se resultados avances en la evaluación de los resultados.

Tabla 12.1 Resumen del modelo matricial, con ejemplos de las cuestiones clave en la fase de resultados

Dimensión Dimensión temporal espacial

(A) Fase de recursos (B) Fase de proceso (C) Fase de resultados

(1) Nivel regional y estatal	<i>1A</i>	1B	1C Tasa total de suicidio Tasa de indigencia Tasa de encarcelamiento Años de vida ajustados por la discapa- cidad
(2) Nivel local	2A	2B	Años vividos con discapacidad 2C Tasas de suicidio en personas con enfermedades mentales Tasa de empleo
(3) Nivel individual	3A	3B	Tasa de morbilidad física 3C Gravedad de los síntomas Impacto en los cuidadores Satisfacción con los servicios Calidad de vida Discapacidad Necesidades satisfechas y no satisfechas

Tabla 12.2 Las medidas de resultados para el uso en la práctica clínica

Medida de los Resultados Situación laboral Morbilidad física	Nivel estatal ✓	Dimensión espacial Nivel Local	nivel individual
Suicidio y autolesiones	√ √	✓	√ √
Personas sin hogar	,	✓.	11
Las tasas de mortalidad	✓	✓	
estandarizadas Gravedad de los síntomas		1	11
Impacto en los cuidadores		1	√
Satisfacción con los servicios		✓	11
La calidad de vida		\checkmark	\checkmark
Discapacidad		\checkmark	√ √
Necesidades satisfechas e		\checkmark	\checkmark
insatisfechas			

Clave: \checkmark = apto para su uso como un resultado, \checkmark \checkmark = usado comúnmente como un resultado

Resultados a nivel estatal / regional

En epidemiología, las medidas clásicas de los resultados a nivel de la población son la mortalidad y la morbilidad. En los trabajos recientes de evaluación del impacto estatal e internacional de los trastornos mentales se ha utilizado un conjunto de 'monedas' estándar, es decir, años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), que se refiere tanto a la mortalidad como a los años vividos con discapacidad (AVD) [2, 3]. La tabla 12.3 muestra que cuando los resultados relacionados con la discapacidad se consideran de forma independiente a la mortalidad, para los adultos jóvenes en todo el mundo, 7 de las 20 causas principales de discapacidad son trastornos psiquiátricos, así como las enfermedades que causan la mayor discapacidad son el trastorno unipolar depresivo, los trastornos por consumo de alcohol y la esquizofrenia. De hecho, a nivel global, el 33% de los años vividos con discapacidad (AVD) se debe a trastornos neuropsiquiátricos y los trastornos unipolares depresivos solamente ascienden al 12,15% de los años vividos con discapacidad. Si añadimos los efectos de la mortalidad, los trastornos neuropsiquiátricos representan 13% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) [4]. Estas dos medidas (AVAD y AVD) son por lo tanto, las medidas de resultados potencialmente útiles a nivel estatal y regional.

Tabla 12.3 Causas principales de años de vida vividos con discapacidad (AVD), para las edades de 15 a 44, estimaciones de 2000 [2]

Ambos sexos, edad 15-44 años	% total	
1 Trastornos unipolares depresivos	16,4	
2 Trastornos por consumo de alcohol	5.5	
3 Esquizofrenia	4.9	
4 Anemia ferropénica	4.9	
5 Trastorno bipolar afectivo	4.7	
6 Pérdida de Audición, aparición en el adulto	3.8	
7 VIH / SIDA	2.8	
8 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,4	
9 Osteoartritis	2.3	
10 Accidentes de tráfico	2.3	
11 Ataques de pánico	2.2	
12 Distocia	2.1	
13 Chlamydia	2.0	
14 Caídas	1,9	
15 Asma	1.9	
16 trastornos por consumo de drogas	1.8	
17 Aborto	1,6	
18 Migraña	1,6	
19 Trastorno obsesivo-compulsivo	1.4	
20 Sepsis materna	1.2	

Directamente en relación con el nivel estatal o el regional, una medida habitual de resultados es la tasa de suicidios (que a menudo también incluye lesiones auto-infligidas). Esta es una medida de resultados particularmente útil porque los datos oficiales están disponibles desde hace 25 años en muchos países de todo el mundo, en la base de datos de mortalidad de la OMS [5] en www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html. La integridad, exactitud y fiabilidad de estos datos, por supuesto, pueden variar de un país a otro. En comparación, la medición estatal o regional de personas sin hogar entre las personas con enfermedad mental es muy significativa, pero mucho menos disponible que la información sobre la tasa de suicidio [6, 7].

El hecho de que estas variables de resultado tan significativas suelan estar ausentes es un reflejo del hecho de que los servicios de salud mental están considerados como una prioridad relativamente baja en muchos países. Aunque, como hemos comentado en el capítulo 2, las enfermedades mentales hacen una contribución importante a la mortalidad total y la morbilidad en el nivel estatal, es común que los gobiernos concedan menos importancia a las enfermedades mentales que a la mayoría de las otras enfermedades. Esto, combinado con una tendencia a utilizar las variables de proceso que son relativamente fáciles de recolectar (en lugar de las que son realmente importantes), como las tasas de ingreso al hospital, significa que estamos por lo general mal informados a nivel estatal o regional sobre hasta qué punto los servicios de salud mental logran sus objetivos.

Los resultados a nivel local

A nivel local hay una diferencia marcada entre las medidas de resultados que en teoría se podrían utilizar, y las que en realidad se usan. Como la Tabla 12.2 muestra, es muy raro que los resultados sean definidos, recogidos y utilizados en el nivel local. ¿Cuáles son las razones para ello? Una de ellas es que las profesiones clínicas más a menudo involucradas en la investigación (psiquiatras y psicólogos), por lo general son las que crean y ponen a prueba las medidas de resultados, tienen una formación que se centra en el nivel individual, mientras que las profesiones que habitualmente participan en la gestión de los servicios locales (gerentes y directores financieros) no suelen participar en la investigación, ni suelen tener experiencia. En segundo lugar, los sistemas locales de atención son muy complejos. Si tenemos dificultad para entender los ingredientes activos en las intervenciones complejas

a nivel individual (tales como la gestión de los casos), estas dificultades son aún mayores para tratar de saber cuáles, de las muchas influencias de todo un sistema de atención, son eficaces en la promoción de la recuperación de las personas con enfermedad mental. Hay una paradoja más aquí: los servicios de salud mental de la comunidad se organizan deliberadamente a nivel local, pero no se evalúan a nivel local. En cambio, los datos de los resultados a nivel local son recogidos de manera sistemática en muchos servicios de cirugía, por ejemplo, las tasas de muerte y de complicaciones entre diferentes hospitales. Para la cirugía, con una simple medida dicotómica de resultados (vivos o muertos durante el seguimiento) este procedimiento se simplifica considerablemente. En el cuidado de la salud mental todavía no hay consenso sobre lo que constituye recuperación de un episodio de enfermedad mental [8, 9]. Por último, por lo general no hay unos incentivos claros o sanciones para desarrollar y usar las medidas de resultado a nivel local.

Una tendencia reciente en muchos países es publicar las tablas de clasificación de indicadores sobre diversos aspectos del rendimiento de los servicios de salud, por ejemplo las tasas de infección postoperatoria, para permitir que los 'consumidores' de la salud tengan acceso a la información y apoyen la elección de su tratamiento. Algunos de estos indicadores son resultados a nivel local, como la satisfacción con el servicio según la evaluación de los usuarios del servicio. Esperamos que esto sea una tendencia cada vez mayor y que la demanda de información sobre proveedores competitivos de salud impulse el desarrollo de indicadores de actuación en el nivel local, algunos de los cuales serán las medidas de resultado [10, 11]. Un ejemplo es hasta qué punto las necesidades de los grupos de usuarios en los servicios locales están cubiertas o no, evaluadas mediante la agregación de evaluaciones de las necesidades individuales [12].

Los resultados a nivel individual

En nuestra opinión, el objetivo principal de los servicios de salud mental es la optimización de los resultados para las personas con enfermedad mental [celda 3C en el modelo matricial]. En este caso, las aportaciones de todas las actividades en las otras celdas de la matriz sólo importan si directa o indirectamente contribuyen a la mejora de los resultados individuales. Actualmente, en los tres niveles, se presta una gran atención a los recursos en la atención de salud mental, y en menor medida a algunos procesos. Nosotros sugerimos que a la hora de usar este enfoque es

necesario tener una visión equilibrada que preste suficiente atención a los recursos y los procesos en tanto que contribuyen a mejorar los resultados.

¿De qué manera nos ayuda esta forma de pensar? Un ejemplo es el uso de esta forma de pensar al considerar los nuevos desarrollos de los servicios de salud. En este caso, si un nuevo centro de salud mental comunitario se está considerando o se está planificando, los profesionales principalmente involucrados en el proyecto pueden ponerse a prueba haciéndose la siguiente pregunta: ¿podrá este nuevo centro (que combina nuevas aportaciones de recursos locales y los procesos locales) contribuir a mejorar los resultados para las personas con enfermedad mental? En otras palabras, proponemos un enfoque incansable en lo siguiente: (i) si el personal y los servicios mejoran los resultados de los usuarios, (ii) si lo hacen ¿cómo los logran? y (iii) ¿ofrecen estos avances una buena relación calidad-precio? Vamos a considerar las siguientes medidas de resultados individuales (véase la Tabla 12.2). En la actualidad la evaluación de los resultados es más amplia que en las décadas anteriores va que las nuevas medidas, más allá de la gravedad de los síntomas, se han desarrollado y han sido validadas, y sobre todo porque los usuarios han exigido que se reconozca que una mayor variedad de impactos del servicio son importantes para ellos [13, 14]. Otra dimensión importante para evaluar los resultados del tratamiento es el impacto de los cuidadores y los familiares. En este sentido, varias escalas se han desarrollado cuidadosamente para medir estas consecuencias de la atención [15, 16]. Ya que la salud se ve cada vez más como la prestación de productos competitivos dentro de un mercado, cada vez se asocia más importancia a la satisfacción de los usuarios con los servicios, con el consiguiente desarrollo asociado de escalas para medir esta satisfacción [17, 18].

La evaluación de la *calidad de la vida* también ha empezado a utilizarse de forma común en la última década, y se han construido varios instrumentos que evaluar esto o la idea relacionada del bienestar subjetivo [14, 19-21]. Del mismo modo se han creado varias estrategias de evaluaciones para medir las necesidades, incluyendo las necesidades satisfechas y las insatisfechas. Además, este concepto se utiliza para referirse a los, a menudo, diferentes puntos que los usuarios, los familiares y los profesionales identifican como necesidades en cada caso concreto [12]. De hecho la investigación reciente sugiere que la puntuación de las necesidades no satisfechas realizada por los usuarios puede ser altamente informativa, por ejemplo, en el sentido de que está estrechamente vinculada a la calidad de vida [22, 23].

Propiedades psicométricas de las medidas de resultado

Mientras que un piloto de línea aérea no consideraría pilotar un avión sin un altímetro cuidadosamente calibrado, todavía es relativamente común en la atención de la salud mental la utilización de medidas que no hayan sido adecuadamente estandarizadas. En pocas palabras, esta estandarización se refiere, la mayoría de las veces, a la validez y la fiabilidad de una escala [1].

Un instrumento de investigación debe medir en primer lugar lo que se pretende medir – el instrumento debe ser válido. Hay varias formas de evaluar la validez de una escala:

- La validez aparente, que es el juicio subjetivo realizado por el usuario del instrumento sobre si los elementos individuales cubren el rango apropiado de problemas relevantes para la medida en su conjunto.
- 2. La *validez de contenido* describe si una escala utiliza la información de todos los artículos que contiene.
- 3. De manera amplia, las opiniones de los expertos en la materia pueden tomarse como una nueva medida para proporcionar una estimación de la validez consensual.
- 4. La *validez relacionada con el criterio* es alta cuando una nueva medida produce el mismo resultado que otro instrumento cuya validez ya ha sido establecida, donde el último se llama la medida de criterio.
- La validez de constructo se ocupa del significado psicológico de los resultados de las pruebas.

Además, una escala de calificación debe dar resultados repetibles para el mismo usuario cuando se utiliza en condiciones diferentes, es decir, debe ser *fiable*. Hay cuatro métodos utilizados para evaluar la fiabilidad:

- la fiabilidad entre evaluadores hace referencia al grado en que dos o más evaluadores independientes acuerdan usar la misma medida para calificar a la misma persona.
- 2. La *fiabilidad test-retest* describe el grado en el que la puntuación de una escala de calificación sigue siendo constante cuando se usa por el mismo evaluador con la misma persona en dos o más puntos en el tiempo.
- 3. La *fiabilidad de formas paralelas* se mide por tener dos versiones de la escala de calificación diferentes, pero equivalentes, por ejemplo, con elementos en un orden diferente.

 La fiabilidad de dos mitades es una medida de la asociación entre las diferentes mitades de la misma prueba, por ejemplo entre elementos numerados pares e impares.

El punto principal es que siempre que sea posible es importante la utilización de escalas de calificación, tanto con fines clínicos como de investigación, que tienen detalles de sus propiedades psicométricas publicadas y que se sabe que al menos son moderadamente fuertes.

Métodos para la evaluación de los resultados

¿Qué tipo de evidencias se pueden usar para informar la toma de decisiones en la salud mental? Un esquema ampliamente utilizado, que se muestra en la Tabla 12.4, dispone de cinco tipos de pruebas en una jerarquía.

Tabla 12.4 Jerarquía de las evidencias

- (1) Evidencia de por lo menos una revisión sistemática válida
- (2) Evidencia de al menos un ensayo controlado aleatorio (ECA) válido
- (3) Evidencia de al menos un estudio controlado sin aleatorización
- (4) Pruebas de al menos un estudio observacional bien diseñado
- (5) Opinión de expertos, incluida la opinión de los usuarios y los cuidadores

Fuente: [24]

A menudo, en la atención de salud mental necesitamos saber si las intervenciones complejas (tales como los tratamientos farmacológicos y psicológicos combinados) funcionan o no. ¿Cómo podemos evaluar si esos tratamientos complejos (nuevos o viejos) son eficaces y coste-efectivos? Un marco claro es el desarrollado por el Consejo de Investigaciones Médicas¹º en el Reino Unido, que se muestra en la tabla 12.5 [25]. Éste propone cinco etapas secuenciales: pre-clínica (aclaración de los fundamentos teóricos de la intervención), el modelado (escritura de un manual para describir claramente la intervención); ensayo exploratorio (estudio relativamente pequeño para ver si la nueva intervención parece ser eficaz), prueba definitiva (un estudio amplio, por lo general una prueba controlada aleatoria y) para establecer definitivamente si la intervención es eficaz y coste-efectivo, y la aplicación

Medical Research Council

a largo plazo (la puesta en práctica de la nueva forma de intervención de forma habitual y generalizada).

Tabla 12.5 Marco del Consejo de Investigaciones Médicas para la evaluación de intervenciones complejas.

Teoría	Modelado	Prueba exploratoria	Prueba definitiva controlada y aleatoria	1 0
teoría relevante para garantizar la mejor elección de la intervención y la hipótesis y para predecir factores de confusión y	los componentes de la intervención y de los mecanismos subyacentes a tra- vés de los cuales in- fluyen en los resul- tados y así proveer	componentes constantes y variables de una intervención replicable y un protocolo factible para comparar la intervención con una alternativa apropiada	Comparación de la intervención total- mente definida con una alternativa apro- piada usando un pro-	Determinar si otros pueden replicar de ma- nera fiable la interven- ción y los resultados en ámbitos incontrolados a lo largo de un largo período
Pre-clínico	Fase I	Fase II	Fase III	Fase IV

Reproducido de 'Un marco para el desarrollo y la evaluación de las pruebas aleatorias controladas para las intervenciones complejas a favor de la mejora de la salud¹¹ publicado el 1 de abril del 2000 por el Consejo de Investigaciones Médicas. Reproducido con permiso. Continuum de evidencia creciente

A veces los PCA están definidos, ya sea como pruebas de *eficacia* (que evalúan una nueva intervención en condiciones ideales o experimentales) o como pruebas de *efectividad* (que evalúan hasta qué punto un nuevo tipo de intervención funciona en condiciones clínicas normales y corrientes). Para que las decisiones sobre servicios de salud mental se tomen con conocimiento de causa, la información de las pruebas de efectividad es mucho más útil [26]. Otra cuestión importante a la hora de interpretar las evidencias de la investigación para la planificación y la prestación de los servicios de salud mental es entender cuando las asociaciones entre variables pueden ser importantes en lo que respecta a las causas. Bradford Hill ha descrito varios criterios que son útiles para este propósito, como se muestra en la Tabla 12.6.

A framework for development and evaluation of RTCs for Complex Interventions to Improve Health' en el original ingles.

Tabla 12.6 Criterios de causalidad de Bradford Hill

- Fuerza de la asociación (si la correlación entre dos variables es alta)
- Consistencia (si una asociación se ha 'observado repetidamente')
- Especificidad (si una consecuencia concreta procede únicamente de una intervención específica)
- Temporalidad (si un cambio en la primera variable siempre se produce antes de un cambio en la segunda variable)
- Gradiente biológico (¿existe una relación dosis-respuesta?)
- Plausibilidad (es una asociación aceptable en el contexto más amplio del conocimiento científico)
- Coherencia (está la asociación de acuerdo con otras evidencias relevantes de la investigación)
- Evidencia experimental (¿hay evidencia de apoyo emanada de los estudios de intervención?) Fuente: [27]

La utilización de las medidas de resultado en la práctica clínica habitual

¿Es factible el uso de medidas habituales de resultado en la práctica clínica habitual? Mientras que es frecuente que algunos equipos clínicos utilicen los resultados de los pacientes, sin embargo, es relativamente poco frecuente que sistemas enteros de salud mental los utilicen de forma habitual. Una excepción son varios estados de Australia que han empezado a utilizar la escala HoNOS de forma generalizada [28, 29]. Del mismo modo en el Sur de Verona en Italia todos los pacientes en contacto con la atención especializada en salud mental son evaluados cada seis meses, con evaluaciones de resultados estandarizadas [30, 31]. ¿Cómo podemos saber si es factible el uso de escalas específicas en la práctica clínica habitual [32]? La factibilidad se puede evaluar en términos de:

- Brevedad (se ve corto y fácil de usar)
- Simplicidad (no necesita formación para entenderlo, el significado resulta claro)
- Relevancia (coincide con la opinión clínica, sin jerga)
- Aceptabilidad (para las profesiones, adecuada para una administración flexible)
- Disponibilidad (gratuita, y se puede fotocopiar fácilmente)
- Valor (necesita poco tiempo para la entrada de datos, y la retroalimentación es clínicamente útil).
 - La idea central de este libro es la importancia fundamental de prestar atención a

los resultados de las personas con enfermedad mental. Para que esto sea una parte elemental de la práctica clínica diaria es necesario que la medición de los resultados sea una parte aceptada de la atención de salud mental, y que se recojan de forma regular este tipo de datos de todas las personas tratadas por los servicios.

Los puntos clave de este capítulo

- Proponemos que el objetivo principal de los servicios de salud mental sea mejorar los resultados de las personas con enfermedad mental.
- Por lo tanto, se deduce que la evaluación precisa y habitual de los resultados es un aspecto esencial de la atención.
- Un ejemplo de los resultados a nivel estatal o regional es la tasa de suicidios.
- En el nivel local la tasa de empleo para las personas con enfermedad mental puede ser una medida de resultados pertinente.
- A nivel individual, los resultados pueden ser evaluados en términos de la gravedad de los síntomas, el impacto en los cuidadores, la satisfacción con los servicios, la calidad de vida, la discapacidad o las necesidades satisfechas o las no satisfechas.
- Es importante para el uso clínico y de investigación elegir las medidas que tienen propiedades psicométricas bien establecidas.

REFERENCIAS

- Tansella M and Thornicroft G (Eds.). Mental Health Outcome Measures. London: Royal College of Psychiatrists, Gaskell; 2001.
- World Health Organisation. World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Murray C and Lopez A. The Global Burden of Disease, Vol. 1. A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990, and Projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
- World Health Organisation. Investing in Mental Health. Geneva: World Health Organisation; 2003.
- 5. WHO. WHO Mortality Database. Geneva: World Health Organisation; 2006.
- Folsom DP, Hawthorne W, Lindamer L, et al. Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. Am. J. Psychiatry 2005; 162(2): 370–376.
- 7. Bhui K, Shanahan L and Harding G. Homelessness and mental illness: a literature review and

- a qualitative study of perceptions of the adequacy of care. *Int. J. Soc. Psychiatry* 2006; 52(2): 152–165.
- Warner R. Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy. Hove: Brunner-Routledge; 2004.
- Lester H and Gask L. Delivering medical care for patients with serious mental illness or promoting a collaborative model of recovery? Br. J. Psychiatry 2006; 188: 401

 –402.
- McEwan KL and Goldner EM. Keeping mental health reform on course: selecting indicators of mental health system performance. Can. I. Commun. Ment. Health 2002; 21(1): 5–16.
- Dausey DJ, Rosenheck RA and Lehman AF. Pre-admission care as a new mental health performance indicator. Psychiatr. Serv. 2002; 53(11): 1451–1455.
- 12. Slade M, Thornicroft G, Loftus L, Phelan M and Wykes T. *CAN: The Camberwell Assessment of Need.* London: Gaskell, Royal College of Psychiatrists; 1999.
- Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. Epidemiol. Psichiatr. Soc. 2005; 14(1): 10–14.
- Thomicroft G, Becker T, Knapp M, et al. International Outcome Measures in Mental Health. Quality of Life, Needs, Service Satisfaction, Costs and Impact on Carers. London: Gaskell, Royal College of Psychiatrists; 2006.
- Van Wijngaarden B, Schene AH, Koeter M, et al. Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire – European Version. EPSILONStudy 4. European psychiatric services: inputs linked to outcome domains and needs. Br. J. Psychiatry Suppl. 2000;(39): s21-s27.
- Szmukler GI, Burgess P, Herrman H, et al. Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1996; 31(3–4): 137–148.
- Ruggeri M, Dall'Agnola R, Agostini C and Bisoffi G. Acceptability, sensitivity and content validity
 of the VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their
 relatives. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1994; 29 (6): 265–276.
- Ruggeri M, Dall'agnola R, Bisoffi G and Greenfield T. Factor analysis of the Verona Service Satisfaction Scale-82 and development of reduced versions. Int. J. Meth. Psychiatr. Res. 1996; 6(1): 23–38.
- Lehman AF. Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1996; 31(2): 78–88. 150 Chapter 12. The time dimension: outcome
- Meijer CJ, Schene AH and Koeter MWJ. Quality of life in Schizophrenia measured by the MOS SF36 and the Lancashire Quality of Life Profile: a comparison. Acta Psychiatr. Scand. 2002; 105(4): 293.
- 21. Ware J and Sherbourn C. The MOS, 36 item Short-Form Health Survey (SF-36). I Conceptual framework and item selection. Med. Care 1992; 30: 473—483.
- Slade M, Leese M, Ruggeri M, et al. Does meeting needs improve quality of life? Psychother. Psychosom. 2004; 73(3): 183–189.
- 23. Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F, et al. Listening to patients' needs to improve their subjective

- quality of life. Psychol. Med. 2005; 35(11): 1655-1665.
- Department of Health. National Service Framework: Mental Health. London: Department of Health: 1999.
- Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ 2000; 321(7262): 694–696.
- Tansella M, Thornicroft G, Barbui C, Cipriani A and Saraceno B. Seven criteria for improving effectiveness trials in psychiatry. Psychol. Med. 2006; 36(5): 711–720.
- Hill B. The environment and disease: association or causation? Proc. Royal Soc. Med. 1965; 295
 300.
- Trauer T. Routine outcome measurement by mental health-care providers. Lancet 2003;
 361(9363): 1137. 29. Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, et al. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. Br. J. Psychiatry 1998; 172: 11–18.
- Ruggeri M, Leese M, Slade M, et al. Demographic, clinical, social and service variables associated with higher needs for care in community psychiatric service patients. The South Verona Outcome Project 8. Soc. Psychiatry Psychiatr. pidemiol. 2004; 39(1): 60–68.
- Lasalvia A and Ruggeri M. Multidimensional outcomes in 'real world' mental health services: follow-up findings from the South Verona Project. Acta Psychiatr. Scand. (Suppl.) 2007; 116: 3–77.
- Slade M, Thornicroft G and Glover G. The feasibility of routine outcome measures in mental health. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1999; 34(5): 243–249

El papel central de los profesionales en la mejora de la atención de salud mental

En primer lugar hay que distinguir entre las *metas primarias del servicio* y las *secundarias*. Por *objetivos primarios* nos referimos al tratamiento y cuidado de las personas con enfermedad mental. En nuestra opinión este es el propósito principal del servicio y debe estar siempre en el punto de mira. Por *objetivos secundarios* nos referimos a la satisfacción de las necesidades del personal. En este capítulo vamos a argumentar que a menos que estas necesidades del personal se cumplan adecuadamente, la calidad del servicio se verá afectada.

Hasta un punto mucho mayor que la mayoría de las otras áreas de la medicina, los servicios de salud mental dependen casi enteramente de los recursos humanos más que de la tecnología. Por ejemplo, la entrevista clínica sigue siendo el método más válido para establecer el diagnóstico. En términos de tratamiento, está claro que la relación terapéutica y las habilidades humanas de los médicos tienen una importancia central que influye la forma en la que los usuarios optan por adherirse a las recomendaciones del tratamiento, y así obtener mejores resultados.

Este papel central del factor humano tiene implicaciones importantes. Además de los costes de capital (edificios), los gastos recurrentes en los servicios de salud mental son casi siempre los del desarrollo y el mantenimiento de los recursos humanos. Además, las características del contacto clínico entre profesionales y personas con trastornos mentales hacen que éste demande mucho y provoque un riesgo de agotamiento emocional y de la motivación, situación que se suele describir con la expresión; que el personal 'se está quemando'. Por lo tanto, el personal no es un recurso fijo, sino que está continuamente sometido al desgaste o la degradación a no ser que reciba mantenimiento y sea renovado.

El cambio de un marco institucional a una perspectiva comunitaria

Pasar de un sistema de salud mental dependiente de los hospitales a uno que esté en equilibrio entre los servicios hospitalarios y los comunitarios implica mucho más que sólo una reubicación física de los centros de tratamiento. Implica también una reorientación fundamental de la perspectiva. En parte, esto requiere nuevas actitudes del personal. La tabla 13.1 muestra las actitudes típicas de los dos enfoques (expuestos como si fueran distintos para mayor claridad,

Tabla 13.1 Diferencias en las actitudes del personal frente a las perspectivas institucional y comunitaria

	Perspectiva institucional	Perspectiva comunitaria
Actitudes del personal	Visión de los usuarios (generalmente denominados como pacientes dentro	Visión de los usuarios dentro de la casa y el entorno familiar
personar	de los entornos institucionales) dentro del contexto hospitalario	Punto de mira en las necesidades del individuo y la familia
	Punto de mira en los síntomas y control de la conducta	Flexibilidad: contactos planificados y no planificados
	Contactos planificados o sistemáticos	Respuestas a las necesidades cambian-
	Directrices extraídas de las políticas y	tes de los usuarios
	procedimientos establecidos	Énfasis en la toma conjunta de
	Toma de decisiones y estructura de mando jerárquica (con frecuencia el modelo médico)	decisiones y en la negociación (entre el personal y entre el personal y los usuarios)
	Fuerte creencia en los tratamientos farmacológicos	Combinación farmacológica, psicológica y de intervención social
	Opinión de que los usuarios con síntomas graves deben permanecer en el hospital	Opinión de que los síntomas no tienen por qué determinar el correcto paque- te de cuidados para cada persona
	Actitud paternalista que opina que el personal es responsable del comportamiento de los usuarios del servicio	Énfasis en el empoderamiento de cada usuario respecto a sus responsabilidades así como sus
	Opinión de que los usuarios en el hos-	opciones y consecuencias
	pital no son responsables de su propio	
	comportamiento antisocial y que éstos no se deben comunicar a la policía	ponsables de sus actos y por lo tanto deben enfrentarse a un proceso legal si cometen un delito

aunque en la práctica, las actitudes mixtas que combinan estos ejes son comunes, y pueden variar de acuerdo a la formación académica de los profesionales). Dentro de las instituciones, las estructuras jerárquicas y tradicionales predominan, con tendencia hacia el control, el orden, la rutina y la medicalización de los tratamientos y la atención en general. Dentro del modelo de atención equilibrada hay una reformulación del enfoque hacia la atención individualizada con participación de usuarios y familiares en las decisiones sobre la atención, y también hacia un mayor grado de autonomía profesional por parte de los profesionales de todas las disciplinas de lo que es común en los ámbitos hospitalarios tradicionales, y en el contexto del trabajo en equipo multidisciplinario.

La tabla 13.2 muestra importantes diferencias entre la formación profesional básica que recibe el personal en entornos institucionales y comunitarios. Mientras que el primero normalmente sólo se lleva a cabo en hospitales tradicionales y ámbitos de atención ambulatoria, el último, por lo general consiste en rotaciones de entrenamiento o estancias en una gama mucho más amplia de entornos clínicos, incluyendo por ejemplo, los equipos de salud mental comunitaria, atención residencial, centros de día, talleres de rehabilitación, y dentro de los centros de atención primaria y los hospitales generales.

Tabla 13.2 Diferencias en la formación del personal entre las perspectivas institucional y comunitaria

Perspectiva institucional Perspectiva comunitaria Formación del • Mayor orientación biológica de la · Orientación bio-psico-social formación. personal ecléctica. • Planes de estudios separados para • Elementos de formación comparlos diferentes profesionales. tidos entre las disciplinas. • La formación solamente se lleva a · La formación se realiza en el hoscabo en hospitales o ámbitos clínicos. pital y en los ámbitos comunitarios. · Formación por unidades es- La formación a menudo se realiza pecializadas según los grupos de en equipos facilitando grupos mixtos diagnóstico. de diagnóstico (p.ej. para una área determinada). • * Enfoque en la formulación de diagnósticos. * Interés en la evaluación de necesidades insatisfechas.

Además, la orientación terapéutica variará según el entorno clínico, como se muestra en la Tabla 13.3. Por ejemplo, comúnmente los servicios comunitarios tienden a prestar mayor atención a la evaluación y el tratamiento de personas con enfermedades

mentales en su propia casa, y evaluará una gama más amplia de sus necesidades clínicas y sociales. Fundamentalmente, la orientación comunitaria busca en gran medida ayudar a las personas con enfermedad mental a vivir su propia vida de acuerdo con sus propias prioridades específicas y metas (poniendo al personal en un papel facilitador o de apoyo), en lugar de mantener la visión paternalista de que el personal es responsable de prácticamente todos los aspectos de la vida de aquellos a quienes tratan.

Tabla 13.3 Diferencias en la orientación terapéutica entre la perspectiva institucional y comunitaria

	Perspectiva institucional	Perspectiva comunitaria
Orientación terapéutica	 Énfasis en el alivio de los síntomas Dispositivos mejorados y conocimiento experto de la evaluación física, la investigación, los procedimientos y el tratamiento. Busca decisiones desde arriba en la jerarquía Interés en el control del comportamiento violento Tratamiento en bloque de grupos de individuos Horario regulado Rehabilitación y tratamiento a corto plazo separado Cultura que tiende a evitar riesgos Suele asumir que el liderazgo corresponde a los médicos (quienes pueden mantener lazos fuertes con otras especialidades médicas) 	 Mayor enfoque en el empoderamiento de los usuarios Corre el riesgo de prestar menor atención a la salud física, incluso de ignorar este aspecto Mayor autonomía para el personal de diferentes disciplinas. Tiende a ver el comportamiento en su contexto específico Tratamiento y atención más individualizado Flexibilidad respecto al lugar y la forma en la que se trata a un usuario Intervenciones sociales, terapéuticas e integradas Cultura de experimentación de nuevos enfoques en los servicios y en los planes de atención El liderazgo puede ejercerse por cualquier disciplina (algo que puede ser visto como un alejamiento y una distinción de los servicios de salud mental de otras especialidades médicas)

La formación profesional básica y continua

En cualquier ciclo de cambio de los servicios de salud mental hay dos retos de formación presentes: (i) cómo reorientar al personal que ya ha terminado su educación profesional básica y (ii) cómo cambiar los planes de estudios de la formación básica para los profesionales futuros. Tal y como hemos subrayado a lo largo de este libro, las decisiones aquí pueden estar guiadas haciendo referencia a la ética, la evidencia y la experiencia pertinentes para formar a lo que se hace a nivel local.

Es probable que las prioridades para la formación sean específicas para cada momento y lugar. Por ejemplo, en algunas partes de Europa del Este, donde hay una tradición establecida de trabajadores sociales psiquiátricos, la generación de estos profesionales puede ser una alta prioridad. Un ejemplo posible de un marco para la formación (en este caso utilizado en Inglaterra) es el llamado 'las capacidades compartidas en la Práctica de la Salud Mental', tal y como se muestra en la Tabla 13.4 [1], aunque este conjunto particular de elementos básicos puede no ser directamente aplicable a otras situaciones.

Tabla 13.4 Diez capacidades esenciales compartidas en la práctica de salud mental [1]

- 1. Trabajo en colaboración. Desarrollo y mantenimiento de relaciones de trabajo constructivas con usuarios, cuidadores, familias, colegas, personas ajenas a la profesión y redes comunitarias más amplias. Trabajar positivamente con cualquier tensión creada por los conflictos de intereses o aspiraciones que puedan surgir entre los copartícipes en la atención a la salud.
- 2. Respeto a la diversidad. Trabajar en colaboración con usuarios, cuidadores, familias y colegas para brindar atención e intervenciones que no sólo marcan una diferencia positiva, sino que también lo hacen de maneras que respetan y valoran la diversidad, incluyendo la edad, la raza, la cultura, la discapacidad, el sexo, la espiritualidad y la sexualidad.
- 3. La práctica ética. Reconocer los derechos y aspiraciones de los usuarios y sus familias, tomando consciencia de las diferencias de poder y minimizándolas siempre que sea posible. Proporcionar el tratamiento y el cuidado que corresponde a los usuarios y los cuidadores dentro de los límites establecidos por los códigos estatales, jurídicos y locales de conducta ética (profesional).
- 4. El desafío de la desigualdad. Abordar las causas y consecuencias del estigma, la discriminación, la desigualdad social y la exclusión de los usuarios, los cuidadores y los servicios de salud mental. Fomentar la creación, el desarrollo y el mantenimiento de los roles sociales valiosos para las personas en las comunidades de las que proceden.
- 5. Promover la recuperación. Trabajar en colaboración para proporcionar una atención y un tratamiento que permita a los usuarios y cuidadores hacer frente a los problemas de salud mental con esperanza y optimismo y trabajar hacia un estilo de vida valorado dentro y fuera de los límites de cualquier problema de salud mental.
- 6. La identificación de las necesidades y capacidades de las personas. Trabajar en colaboración para recopilar información y llegar a acuerdos sobre las necesidades sociales y de atención de salud en el contexto de los estilos de vida preferidos y las aspiraciones de los usuarios, sus familias, cuidadores y amigos.
- 7. La prestación de la atención centrada en el usuario. Negociación de objetivos significativos y alcanzables, sobre todo desde la perspectiva de los usuarios y sus familias. Influir y buscar los medios para lograr estos objetivos y clarificar la responsabilidad de las personas que van a proporcionar cualquier ayuda que se necesite, incluyendo la evaluación sistemática de los resultados y los logros.
- 8. Marcando la diferencia. Facilitar el acceso y la prestación de la salud y las intervenciones de atención social de la mejor calidad, basadas en la evidencia y en los valores para cumplir con las necesidades y aspiraciones de los usuarios del servicio, sus familias y sus cuidadores.
- 9. La promoción de la seguridad y la asunción positiva del riesgo. Empoderar a la persona para decidir el nivel de riesgo que está dispuesta a llevar con su salud y seguridad. Esto incluye trabajar en la cuerda floja entre la promoción de la seguridad y la asunción positiva de riesgos, así como la evaluación y el enfrentamiento con los posibles riesgos para los usuarios, cuidadores, familiares y el público en general.
- 10. Desarrollo personal y aprendizaje. Mantenerse al día con los cambios en la práctica mediante la participación en programas de formación permanente, así como el desarrollo personal y profesional propio y colectivo a través de la supervisión, la evaluación y la práctica reflexiva.

Formación guiada por la evidencia: guías del tratamiento

Para nosotros un punto de partida fundamental para esta discusión es que los profesionales deben proveer tratamientos que funcionen y no desperdiciar recursos en llevar a cabo intervenciones que son ineficaces o incluso, tal y como se sabe de algunos tipos de intervención, que son perjudiciales. Por lo tanto, sugerimos que la formación de los profesionales de la salud mental debe basarse en la medida de lo posible en un enfoque de 'Medicina Basada en la Evidencia (MBE) o de Práctica Basada en la Evidencia (PBE)'. El método más común destinado a traducir la evidencia en la práctica es la generación de guías de tratamiento, que tiene las siguientes ventajas [2]:

- La aplicación de 'buenas prácticas' de tratamiento psiquiátrico.
- La educación de los psiquiatras, otros médicos y otros profesionales de salud mental.
- Provisión de información a las personas con enfermedad mental y a sus familias
- Mejora de la financiación de los servicios psiquiátricos.
- Identificación de las 'lagunas' en la fundamentación de la investigación y promoción del tipo de investigación más eficaz
- Aumento del reconocimiento de la fundamentación científica del tratamiento de las enfermedades de salud mental.

Al mismo tiempo también es necesario considerar el uso de guías a la luz de sus limitaciones, por ejemplo: (i) la falta de aplicación, (ii) las lagunas en la fundamentación de la investigación, (iii) un enfoque a veces excesivamente reduccionista de los cuidados médicos (modelo médico), (iv) aplicabilidad transcultural y desconocida de las intervenciones; (v) preocupación sobre la responsabilidad cuando los profesionales siguen o no siguen las guías y (vi) viabilidad de las guías consiguientes cuando los recursos disponibles son muy limitados, por ejemplo, en países de bajos y medianos ingresos. Sin embargo, por lo que respecta a algunos trastornos mentales lo cierto es que existen ya bastantes guías diferentes. Una encuesta reciente, por ejemplo, identificó 27 guías de 21 países para el tratamiento de las personas con esquizofrenia [3].

Dado que el contenido de esas guías (sobre todo para las intervenciones psicosociales) varía mucho, ¿cómo se puede decidir qué guías hay que seguir? Un método utiliza los seis criterios del Instrumento AGREE para la Evaluación de las Guías de la Práctica Clínica¹² para evaluar la calidad de las guías: alcance y finalidad

¹² Appraisal Guideline Research Evaluation-Europe (AGREE) en el original ingles. Nota del trad.

de las guías, participación de los interesados; rigor en la elaboración, claridad de la presentación; aplicabilidad e independencia editorial [3]. Curiosamente, de las 27 directrices evaluadas con estos criterios, la guía de esquizofrenia del Reino Unido NICE UK obtuvo la calificación más alta. En todas las guías evaluadas, las intervenciones basadas en la evidencia que se llevan a cabo más frecuentemente son:

- Medicación anti-psicótica.
 - Primer tratamiento y régimen de recaída aguda.
 - Casos resistentes al tratamiento y uso de la clozapina.
 - La dosis para el tratamiento de mantenimiento después del primer episodio y los episodios posteriores.
 - Gestión inicial de los efectos secundarios.
 - Minimización de la polifarmacia.
 - Uso de antidepresivos para los síntomas depresivos.
- Las intervenciones psicosociales.
 - La prestación de apoyo a la familia.
 - intervenciones psicosociales.
 - La terapia psicológica / terapia cognitivo-conductual.
 - Sistemas de rehabilitación vocacional.
 - Sistemas de tratamiento comunitario.

Lo importante aquí es que estas intervenciones eficaces estén disponibles para tratar a personas con enfermedad mental, por ejemplo, las personas con esquizofrenia. Los sistemas de salud mental varían mucho, por ejemplo, en cuanto a la forma de llegar a los doctores o enfermeros o trabajadores sociales, o incluso si los profesionales son accesibles o no. Por lo tanto es importante que el personal que está prestando un servicio, cualquiera que sea su trayectoria profesional, adquiera las habilidades necesarias para proporcionar este tipo de intervenciones basadas en evidencias específicas. En otras situaciones, por ejemplo, en las áreas rurales o remotas, el personal de atención primaria puede ser la única personal capaz de prestar una atención basada en la evidencia directa, o puede ser más factible utilizar técnicas de telemedicina que pueden proporcionar la experiencia necesaria, o métodos de auto-ayuda, tales como el uso de programas cognitivo-conductuales informatizados de tratamiento para la depresión [4, 5].

Aplicación de las guías en la práctica habitual

Si se proporciona formación en habilidades basadas en la evidencia, ¿conducirá esto a una habitual mejor atención clínica? Desafortunadamente, la evidencia sugiere que esto no tiene por qué ser necesariamente así. En realidad, las actividades de transferencia de conocimientos pasivos parecen ser en gran medida ineficaces, a pesar de que las evidencias respecto a cómo implementar las guías en la actualidad sean escasas, especialmente para los estudios económicos y de investigación en relación con los resultados mejorados de los usuarios [6-12]. Los ingredientes activos que parecen ser necesarios para poner en práctica con éxito las guías son:

- Desarrollo de una propuesta concreta para el cambio
- Análisis de la fijación de objetivos y de grupo para identificar los obstáculos para el cambio
- Vinculación de las intervenciones y las necesidades así como los facilitadores y los obstáculos al cambio, por ejemplo, divulgación educativa (por prescripción) y recordatorios
- Desarrollo de un plan de implementación
- Seguimiento del progreso de la ejecución.

Uno de los usos de las guías es evaluar, en un servicio clínico determinado, hasta qué punto el personal proporciona sistemáticamente una buena práctica clínica, definida por un conjunto específico de guías, así como identificar las deficiencias en la prestación de la atención clínica que necesitan una corrección, por ejemplo mediante el empleo de personal adicional o la formación del personal en la prestación de intervenciones adicionales basadas en la evidencia. Por ejemplo, en una reciente encuesta en Italia, 19 servicios de salud mental en todo el país calificaron su servicio usando 103 criterios predefinidos de las guías NICE para el tratamiento de la esquizofrenia [13, 14]. Para ilustrar la idea general de que lo que no se puede medir no se puede gestionar, este conjunto de indicadores proporcionó una imagen clara de la calidad de la atención prestada a las personas con esquizofrenia, y mostró una gran variación a través de Italia, sobre todo respecto a la medida en la que los tratamientos tenían como objetivo la enfermedad desde el principio y si los tratamientos psicológicos fueron proporcionados en los inicios de la enfermedad (tanto para las personas con esquizofrenia como para sus familiares). Tal evaluación puede proporcionar una valiosa fundamentación para evaluar si en el futuro la atención clínica se ajusta a la práctica basada en la evidencia con mayor frecuencia (Ruggeri, en preparación).

Además de las habilidades del personal, las actitudes terapéuticas también son importantes. Proponemos una distinción entre las habilidades clínicas específicas identificadas por las guías y las actitudes deseables del personal en general. La tabla 13.5 muestra tanto las características deseables como las no deseables del personal de un servicio de salud mental bien equilibrado. De hecho las actitudes del personal pueden ser por lo menos tan importantes como el entorno del tratamiento: por ejemplo, el personal de los antiguos hospitales pueden (re)crear un ambiente institucional más fuerte en los pequeños grupos de hogares que en una gran institución psiquiátrica.

Tabla 13.5 Características de personal de salud mental comunitario (Mosher y Burti, 1989) [15]

Características deseables

- Fuerte sentido de sí mismo: comodidad con la incertidumbre
- De mente abierta: aceptación de la realidad y sin prejuicios
- · Paciente y no intrusivo
- Práctico, orientación a la resolución de problemas
- Flexible
- Empático
- Optimista y de apoyo
- · Con una firmeza amable
- Divertido
- Humilde
- · Piensa contextualmente

Características indeseables

- La fantasía del rescate
- Distorsión constante de la información
- · Visión pesimista
- Explota a los clientes para satisfacer sus propias necesidades
- Excesivamente controlador y con necesidad de dedicarse a los demás
- Desconfiado y culpando a los demás

La construcción y el mantenimiento de los equipos clínicos

El equipo clínico puede ser visto como una colección de individuos profesionales o como un verdadero vehículo para proporcionar cuidados. Las características de un equipo en su conjunto incluyen el entorno clínico, el estilo de liderazgo y el grado de coordinación con otros equipos. A partir de nuestra propia experiencia y según la opinión del grupo internacional de comentadores (véase el Capítulo 6) los siguientes factores promueven un ambiente positivo de trabajo en equipo:

- Visión clara por parte del líder de la tarea principal del equipo
- Clarificación de los roles de cada miembro del equipo
- Políticas operacionales específicas, por ejemplo, sobre el propósito del equipo, derivaciones de usuarios al equipo apropiadas, cómo se gestionan las transferencias del equipo y carga máxima de casos
- Métodos activos para involucrar a los usuarios y miembros de la familia en la búsqueda de información sobre el rendimiento del equipo
- La inversión en el ámbito clínico (por ejemplo, edificios y mobiliario) que muestra que el valor se adjunta a los centros de tratamiento de alta calidad
- La integración de todas las disciplinas pertinentes en los equipos clínicos, incluyendo a menudo enfermería, trabajo social, psicología y personal de terapia ocupacional
- Sistemas de registros clínicos compartidos
- Protocolos claros (por ejemplo, sobre cómo los usuarios pueden ser admitidos y dados de alta del hospital), acordados en conjunto a través de los puntos de conexión relevantes del servicio
- Desarrollo profesional continuo que satisfaga las necesidades de formación de los miembros individuales del personal
- Un ambiente en el que los profesionales pueden retarse mutuamente a mejorar la práctica clínica.

Un esquema útil es pensar en el equipo clínico en cuatro etapas: nueva constitución del equipo, gran reconstrucción, mantenimiento y la reconstrucción de menor importancia. El gráfico 13.1 muestra la relación cíclica entre las fases de la constitución y el subsiguiente mantenimiento del equipo. Al crear un nuevo equipo clínico, una de las primeras tareas es definir el *propósito del equipo*.

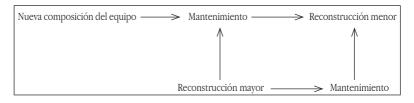


Gráfico 13.1 ciclos de construcción del equipo clínico y el mantenimiento.

Otro elemento importante es establecer *los límites*. Ajustar los límites del equipo incluirá la identificación de: (i) las metas y objetivos específicos del equipo en el contexto del sistema local de salud mental como un todo; (ii) atender a los grupos de usuarios particulares, por ejemplo, sobre la base del diagnóstico o la discapacidad, (iii) la duración prevista del contacto clínico, o del episodio del cuidado, que están determinados por consideraciones clínicas y limitaciones financieras; (iv) los límites de los deberes del personal (por ejemplo, poderes para restringir fisicamente a las personas, admitir en el hospital, o para dar una medicación inyectable depot), (v) hasta qué punto el equipo está dispuesto a sustituir otro componente de la atención, por ejemplo, si un equipo de tratamiento en el hogar (equipo de resolución de crisis) tiene el objetivo de reducir las admisiones psiquiátricas [16].

Durante un período de años, muchos equipos clínicos, tanto en el hospital como en clínicas comunitarias, requerirán un cierto grado de apoyo o de cambio organizativo, en mayor o menor grado. Esto puede ser provocado por los cambios en los profesionales principales, como el líder del equipo o el gerente, el jefe de psiquiatría o el psicólogo. En nuestra experiencia, los equipos clínicos varían mucho en la estabilidad a lo largo del tiempo y en la atención activa que requieren para que proporcionen buena atención. No se puede asumir que los equipos funcionen eficazmente, a menos que se preste atención al papel que desempeñan y a la calidad de su gestión.

En gran medida, los equipos clínicos tienen éxito si a sus empleados se les ha habilitado para mantener su efectividad clínica y para evitar la baja moral y el desgaste. Desgaste es un término que ha llegado a ser ampliamente utilizado y reconocido como la consecuencia de la tensión prolongada y severa de una ocupación. Es un estado de disfunción psicológica que es más común entre las personas que trabajan en entornos caracterizados por una gran interacción personal, en condiciones de estrés y tensión crónicos. Estas condiciones se encuentran frecuentemente en los equipos clínicos, especialmente aquellos con las características que se muestran en la Tabla 13.6. Hay una serie de técnicas que pueden utilizarse para prevenir o revertir el desgaste, que incluyen: sesiones de formación y capacitación frecuentes, reuniones regulares de personal para la resolución de problemas interpersonales, reuniones rutinarias para discutir los casos difíciles y regular la supervisión del personal [15].

En resumen, el equipo clínico, y los miembros del personal, es el puente crítico entre los recursos que hemos identificado en el Capítulo 10 (en la medida en que es capaz de organizar, gestionar y entregar los procesos terapéuticos que hemos discutido en el Capítulo 11), dedicado a la consecución de los mejores resultados clínicos para los usuarios, como se muestra en el capítulo 12.

Tabla 13.6 Características y causas del desgaste del personal [15]

Características

Sin energía

Falta de interés en los clientes

Frustración de los clientes, desesperados o intratables

Alto nivel de absentismo

Alta rotación de personal

Desmoralización

Causas

Entorno demasiado jerárquico: el personal no está empoderado

Demasiadas reglas introducidas externamente, no hay autoridad local, ni responsabilidad

Grupo de trabajo demasiado grande o no cohesivo

Demasiados clientes, se siente sobrecargado de trabajo

Muy poca estimulación, prácticas de trabajo de rutina repetitivas

Los puntos principales de este capítulo

- Para los servicios de salud mental, el *objetivo principal es* el tratamiento y el cuidado de personas con enfermedad mental.
- Satisfacer las necesidades del personal es un objetivo secundario, sin embargo, a menos que estas necesidades se satisfagan adecuadamente, la calidad del servicio se verá afectado.
- Hasta un punto mucho mayor que la mayoría de otras áreas de la medicina, los servicios de salud mental dependen casi enteramente de los recursos humanos más que de los equipos tecnológicos.
- El traslado de servicios de las instituciones a la comunidad requiere tanto una reubicación física de los centros de tratamiento como una reorientación fundamental de las actitudes del personal.
- La formación del personal necesita cada vez más asegurar que los profesionales obtengan las habilidades clínicas basadas en la evidencia, sobre todo guiadas por protocolos clínicos y directrices.
- Así como los edificios del hospital necesitan un mantenimiento regular, los equipos clínicos también se sustentan en actividades de mantenimiento cuidadosas y regulares.

REFERENCIAS

- Hope R. The Ten Essential Shared Capabilities: A Framework for the Whole Mental Health Workforce. London: Department of Health; 2004.
- McIntyre JS. Usefulness and limitations of treatment guidelines in psychiatry. World Psychiatry 2002; 1(3): 186–189.
- Gaebel W, Weinmann S, Sartorius N, Rutz W and McIntyre JS. Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison. Br. I. Psychiatry 2005; 187: 248–255.
- Proudfoot J, Ryden C, Everitt B, et al. Clinical efficacy of computerised cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. Br. J. Psychiatry 2004; 185: 46–54.
- Kaltenthaler E, Brazier J, De NE, et al. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol. Assess.* 2006; 10(33): iii, xi—iii,168.
- Grol R and Grimshaw J. Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *Jt. Comm. I. Oual. Improv.* 1999; 25(10): 503–513.
- Grol R and Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362(9391): 1225–1230.
- Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med. Care* 2001; 39(8 Suppl 2): II2–45.
- Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J and Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 2003; 289(23): 3145–3151.
- Grimshaw J, Eccles M and Tetroe J. Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. J. Contin. Educ. Health Prof. 2004; 24 Suppl 1: S31-S37.
- 11. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol. Assess.* 2004; **8**(6): iii–72.
- Vale L, Thomas R, MacLennan G and Grimshaw J. Systematic review of economic evaluations and cost analyses of guideline implementation strategies. Eur. J. Health Econ. 2007; 8(2): 111–121.
- NICE. Schizophrenia: Full National Clinical Guideline on Core Interventions in Primary and Secondary Care. London: Royal College of Psychiatrists and British Psychological Society; 2003.
- Pilling S and Price K. Developing and implementing clinical guidelines: lessons from the NICE schizophrenia guideline. *Epidemiol. Psichiatr. Soc.* 2006; 15(2): 109–116.
- Mosher LR and Burti L. Community Mental Health Principles and Practice. New York: W.W. Norton & Co.; 1989.
- Glover G, Arts G and Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. Br. J. Psychiatry 2006; 189: 441

 –445

Actividades informadas en favor de una mejor atención de salud mental

Una visión ambiciosamente realista de la atención de salud mental

Nuestro objetivo en este libro es ayudaros en el papel que desempeñéis, ya sea la planificación, o la prestación, o el uso de los servicios de salud mental, proporcionándoos un marco general (el modelo matricial) y ofreciéndoos una amplia gama de ideas basadas en la mejor información actualmente disponible en cuanto a la ética, la evidencia y la experiencia. ¿Cuál es nuestra ambición a largo plazo para una mejor atención de la salud mental? En cierto sentido, nuestra visión es la de proporcionar soluciones para los muchos defectos que se han descrito en este libro. Aquí, en este último capítulo se describe una visión de la mejora de la atención de salud mental que es a la vez ambiciosa y realista.

Nuestras propuestas comienzan con el reconocimiento (descrito en el Capítulo 2) que la diferencia entre el número de personas que padecen enfermedades mentales y el número de las que son tratadas de una manera u otra es enorme [1]. Esta 'brecha de tratamiento' significa que, incluso en los países mejor dotados de recursos, alrededor de un tercio de las personas con las enfermedades más gravemente incapacitantes, tales como la esquizofrenia, y más de dos tercios de las personas con trastornos mentales más comunes, como la ansiedad y la depresión, no reciben ningún tratamiento en absoluto [2]. Estos resultados tienen una amplia implicación [3] y significan que en la actualidad la mayoría de los países simplemente no tienen la capacidad de responder al gran desafío que significa ofrecer tratamiento y cuidado a las personas con enfermedades mentales. Como vimos en el capítulo 2, incluso en los países más ricos, la atención de la salud mental especializada trata solamente hasta el 3 % de la población adulta total cada año. El mayor número de las personas que padecen alguna forma de enfermedad mental, necesitan mirar en otras direcciones

para encontrar ayuda. Por otra parte, en algunos países como por ejemplo los EE.UU. podemos encontrar un 10 % de la población general que no tiene ningún tipo de trastornos y sin embargo recibe tratamiento psiquiátrico, sobre todo en forma de medicamentos [4]. Esta paradoja se debe probablemente a la insuficiente capacidad de los servicios de salud mental de ponerse a disposición de todos aquellos que lo necesitan, y al imperativo de las compañías farmacéuticas de optimizar sus ventas.

En estos últimos años ha sido frecuente describir el modelo de atención en términos de atención primaria, secundaria o terciaria (véase el capítulo 5) y proponer que la capacidad extra 'perdida' debe ser proporcionada en la atención primaria. La lógica detrás de esto es que todas las enfermedades deben ser previamente evaluadas y diagnosticadas en atención primaria, que actúa como un filtro o etapa de cribado, y que sólo los casos más graves, o los que no responden a tratamiento en la atención primaria, deben ser remitidos a especialistas en salud mental. De hecho, el modelo de atención equilibrada (que se describe en el Capítulo 8) está en consonancia con esta sabiduría popular. Por un lado, este enfoque parece razonable y la evidencia apoya la idea de que los trastornos mentales son muy frecuentes en la atención primaria. Por otro lado, sin embargo, necesitamos ser cautelosos y no aceptar acríticamente un modelo de servicio cuya utilidad no se ha evaluado de forma sistemática, sobre todo en entornos de bajos recursos [5]. Se necesitan investigaciones más orientadas a la práctica, y mientras tanto tenemos que ser cautelosos a la hora de importar modelos que no se ajusten a las circunstancias locales. La amplia gama de tipos distintos de servicios de salud en todo el mundo significa que ningún modelo podría aplicarse a todos los lugares. Por el contrario lo que necesitamos hacer es desarrollar un conjunto de opciones basadas en una combinación de: autogestión individual, atención provista por la familia, el tratamiento de cualquier recurso de apovo sanitario y social que esté disponible a nivel local (por ejemplo, médicos indígenas, personal y miembros de iglesias o miembros de otras comunidades de fe), las asociaciones de voluntariado, organizaciones no gubernamentales, todo esto combinado con la docencia, la consultoría y la asistencia clínica directa primaria y la atención de salud secundaria (especialista) allá donde exista.

Entender las barreras para cambiar

Poner en práctica una visión como esta significa erosionar rápida o lentamente, una serie de barreras que a menudo han impedido una mejora significativa en la atención de salud mental en todo el mundo. Los principales obstáculos identificados se muestran en la Tabla $14.1\ [6]$.

Tabla 14.1 Principales dific	ultades y retos para mejorar la atención de salud mental
Dificultades	Retos para superar las dificultades
Subvención insuficiente para los servicios de salud	 Promoción incoherente y poco clara Percepción de que los indicadores de salud mental son débiles Las personas con trastornos mentales no son un poderoso grupo de presión La falta de interés público en general en la salud mental El estigma social La creencia incorrecta de que la atención no es coste-efectiva
Las complejidades de la inte- gración de la atención de sa- lud mental en los servicios de atención primaria	 Trabajadores de atención primaria sobrecargados de trabajo Falta de capacitación, supervisión y permanente apoyo espe-
El bajo número y escasa diversidad entre los profesionales de salud supervisados y formados en la atención de salud mental	 Malas condiciones de trabajo en los servicios públicos de salud mental Falta de incentivos para el personal que trabaja en las áreas
Los líderes de la salud mental a menudo tienen deficiencias en las habilidades de la salud mental y la experiencia	• Las personas que llegan a posiciones de liderazgo a menudo sólo están entrenadas en la gestión clínica de individuos, y no
La fragmentación entre los grupos de defensa de la salud mental	 Diferencias conceptuales y prácticas entre los consumidores y el personal de la salud mental, especialmente acerca de diagnósticos y tratamientos Las divisiones entre los consumidores y los grupos de familiares A los políticos, por lo tanto, les resulta fácil ignorar un mensaje de incoherente

Adaptado de Saraceno et al. 2007 [6] con permiso.

Por lo tanto, es razonable identificar debajo de estas visibles características de abandono, los síntomas de una discriminación estructural más profunda contra las personas con enfermedad mental. En resumen, la falta de un interés verdadero en invertir en una mejor atención de la salud en la mayoría de países muestra que, en la práctica, las personas con enfermedades mentales son tratadas como si tuvieran menos valor que el resto de personas. Un ejemplo de esa diferencia es que las leyes en contra de la discriminación, en los países donde existen, suelen estar elaboradas e implementadas en relación con la discapacidad física más que la mental [7].

La unificación el sector de la salud mental y la defensa de los recursos

La auto-promoción y la capacidad de actuar como un lobby de las personas con enfermedad mental es actualmente débil en la mayoría de los países. En efecto, una de las paradojas centrales es que, si bien hasta tres cuartas partes de los adultos conocen a alguien que ha sido directamente afectado por una enfermedad mental, lo cierto es que en realidad actuamos como si nadie supiera nada [8, 9]. Una consecuencia es que aquellos en el campo de la salud mental que sí tienen los recursos a su disposición deben proporcionar selectivamente apoyo financiero y humano a los usuarios o los grupos de consumidores, al tiempo que se mantienen a una distancia respetuosa, para que estos grupos puedan desarrollarse, florecer, identificar sus propias prioridades y decidir cómo pueden ejercer presión para lograr sus objetivos. Esto puede ser tan simple como hacer donaciones financieras directas a grupos de autoayuda, o la prestación de espacio para oficinas y salas de reuniones. Pero hay una prioridad fundamental todavía más importante para que el sector de la salud mental tenga una mejor organización y hable con una sola voz [6]. Cuando se trata de hacer campaña a favor de cuestiones fundamentales, un enfoque práctico es que las agencias locales y estatales dejen de lado sus diferencias y encuentren una causa común. Esto a menudo significa el establecimiento de un único grupo de coordinación a nivel estatal o regional, a veces llamado un foro, máximo organismo, alianza o consorcio. Lo que tienen en común es un reconocimiento de que pueden lograr juntos, en términos políticos, es mayor que el impacto que puedan tener como organizaciones independientes. Los aspectos que pueden unir esas coaliciones incluyen: campañas a gran escala contra el estigma [10], la evaluación y la aplicación del modelo de recuperación [11], conseguir paridad en el acceso a la financiación [12], la aplicación de las leyes contra la discriminación por discapacidad de las personas con enfermedad mental, la presión por nuevas leyes de salud mental, la mayor inversión en investigación en salud mental que conduzca a mejores tratamientos y el reconocimiento en la práctica de las convenciones internacionales sobre derechos humanos [13-16]. La lección que se puede extraer del cuidado de la salud física, como por ejemplo los casos del cáncer o el tratamiento del VIH, es que una unidad así puede impulsar la inversión en investigación, la formación y atención clínica. Necesitamos una mayor evaluación crítica de la práctica de la salud mental (a nivel individual) y de los sistemas de salud mental (sobre todo a nivel local). Los profesionales de la salud mental deben explicar de manera más persuasiva a los usuarios los fundamentos y las ventajas de la práctica basada en la evidencia. Nosotros contemplamos una interacción constante entre el conocimiento derivado de la experiencia clínica y el derivado de la evidencia científica, ambos enriqueciéndose mutuamente.

Más allá del argumento en favor de una mayor inversión directa en la atención de la salud mental podemos encontrar, de forma paralela, la cuestión de que las enfermedades mentales también actúan como barreras para impedir el tratamiento adecuado de las principales enfermedades físicas, como se muestra en la Tabla 14.2 [17]. Por tanto, existe tanto la demanda de una mayor capacidad, para tratar directa y efectivamente las enfermedades mentales como la necesidad de centrarse en la forma en que perjudican a la prevención, el reconocimiento y el tratamiento de los trastornos físicos concurrentes. En la práctica, ¿qué vamos a hacer para resolver este segundo reto? Tenemos que mejorar el acceso a servicios de salud física para personas con enfermedad mental, así como disminuir las actitudes estigmatizadoras entre el personal médico [18-20].

Tabla 14.2 Interacciones entre los trastornos mentales y otros estados de salud

Los trastornos de salud pueden afectar la tasa de otros estados de salud

- Los trastornos mentales están asociados con factores de riesgo como el fumar, la actividad reducida, las dietas pobres, la obesidad y la hipertensión.
- La depresión tiene efectos biológicos relacionados con la función cardíaca, la inflamación, la coagulación, el cáncer y el desarrollo del VIH.

Algunos estados de salud aumentan el riesgo de trastornos mentales

- Infecciones (por ejemplo, la malaria cerebral, VIH, tuberculosis), enfermedades cerebrovasculares; la diabetes, el uso de alcohol y drogas puede aumentar el riesgo de síntomas de trastornos mentales como: los deterioros cognitivos; los trastornos de la conducta, los trastornos del estado de ánimo; los delirios y las alucinaciones
- Muchas enfermedades crónicas crean una carga psicológica, que surge de factores tales como
 el trauma agudo asociado con el diagnóstico, la dificultad de vivir con la enfermedad, la
 amenaza a largo plazo de declive y menor esperanza de vida, los cambios de estilo de vida
 necesarios; regímenes terapéuticos complicados, síntomas aversivos como el dolor y el estigma, lo que puede llevar a la culpa, la pérdida de apoyo social o la ruptura de las relaciones
 importantes.

Los trastornos mentales comórbidos pueden afectar el tratamiento y los resultados de los trastornos físicos

- Los trastornos mentales pueden retrasar la búsqueda de ayuda, reducir la probabilidad de detección y diagnóstico, o ambos
- La atención médica general que suelen recibir las personas con trastomos mentales tiende a ser de peor calidad y más reducida.
- La evidencia de esta desigualdad es especialmente grave para las personas con psicosis, demencia y toxicomanías.
- Los trastornos mentales, el deterioro cognitivo, el alcoholismo y las toxicomanías afectan negativamente a la adherencia al tratamiento de los trastornos físicos

Adaptado de Prince et al. 2007 [17] reproducido con permiso del autor.

El establecimiento de metas para medir el progreso

Existe un dicho entre los círculos administrativos y de gestión que dice que lo que no se puede medir no se puede mejorar, y en nuestra opinión, tener unos indicadores claros puede ser una herramienta poderosa en el camino hacia la mejora de la atención a la salud mental. A nivel internacional, los Objetivos de Desarrollo del Milenio han establecido un marco general para la mejora de la salud global, pero éstos no abordan explícitamente el trastorno mental [21]. Los objetivos deben ser transparentes, controlables, adaptables [22], y medibles a nivel individual, local o estatal [23, 24]. Actualmente no existe un consenso sobre qué indicadores de

salud mental se deben utilizar en cualquiera de estos niveles [25], recientemente, sin embargo, se ha propuesto un conjunto de medidas primarias y secundarias, adecuadas para su uso a nivel nacional, regional o local [26], como se muestra en la Tabla 14.3.

Os sugerimos que consideréis el uso de indicadores específicos y medibles, tanto para describir vuestros actuales servicios de salud mental, como para utilizarlos en el establecimiento de objetivos, de manera que podáis evaluar en un período posterior, si los componentes clave, y los aspectos clave de su sistema en su conjunto han cambiado, y en el caso de lo hayan hecho, comprobar si han mejorado o empeorado.

La mejora de la atención de salud mental basada en la ética, la evidencia y la experiencia

Queremos terminar volviendo a la propuesta central de este libro, es decir, que la creación de una mejor atención de la salud mental significa recurrir a la mejor información ética, basada en la evidencia y experimental disponible para vosotros. Los dos últimos tipos de información en estos tres dominios continuarán cambiando, por lo que será importante para vosotros que busquéis las actualizaciones más recientes en la planificación e implementación de las mejoras en el servicio.

En términos del marco ético más amplio, ¿es la enfermedad mental el tabú social más fuerte que queda [27]? Ciertamente, la forma en que muchas personas con enfermedades mentales son abandonados en la pobreza social [28] y material [29] sugiere que nuestras sociedades han construido y tolerado formas de 'violencia estructural' contra las personas con enfermedades mentales [30-35].

Una manera de contrarrestar el estigma y la discriminación es dar un mayor énfasis práctico a la observación

Tabla 14.3 Indicadores primarios y secundarios para medir la atención de salud mental mejorada [26]. Reproducido con permiso de Elsevier, copyright 2007.

	Indicadores propuestos Indicadores propuestos*	Indicadores existen- Fuentes de datos tes*	Fuentes de datos
Indicadores principales			
Garantizar que los planes de salud estatales y regionales presten suficiente atención a la salud mental	Garantizar que los planes de salud estatales 1: Presencia de una política oficial, programas o Atlas, IESM (1.5.1) y regionales presten suficiente atención a la planes de salud mental, ya sea con la inclusión o acompañada de una política de salud mental infantil y adolescente	s, IESM (1.5.1)	Gobierno estatal
Mayor inversión en el cuidado de la salud mental	Mayor inversión en el cuidado de la salud 2: Presupuesto específico para salud mental como IESM (4.1.1) mental mental proporción del presupuesto total de salud		Gobierno estatal
Aumentar el personal capacitado para pro- porcionar atención de salud mental	Aumentar el personal capacitado para pro- 3: Profesionales de salud mental y relacionados con IESM (3.1.7) porcionar atención de salud mental ella por cada 100.000 habitantes		Gobierno estatal y organismos profesionales
Hacer accesibles los tratamientos farmacológicos básicos en la atención primaria	Hacer accesibles los tratamientos farmacoló- 4: Proporción de las clínicas de atención primaria en IESM (3.1.7) las que un médico o un trabajador de la salud equivalente está disponible, y al menos haya disponible en el dispositivo o en una farmacia cercana durante todo el año una medicina psicotrópica de cada categoría terapéutica (antipsicótico , antidepresivo, estabilizador del ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos)		Gobierno estatal
Incrementar la cobertura de tratamiento para las personas con esquizofrenia	5: Las personas tratadas cada año con esquizofrenia IESM (2.2.4.2, 2.4.4.2, Gobierno estatal y orgacomo una proporción de la prevalencia total anual 2.6.5.2) aixaciones académicas o estimada de la esquizofrenia	M (2.2.4.2, 2.4.4.2, 5.2)	Gobierno estatal y organizaciones académicas o estadísticas
Indicadores secundarios			
Equilibrar los gastos en el hospital y los servi- cios comunitarios	Equilibrar los gastos en el hospital y los servi- 6: Proporción del gasto total en salud mental gasta- IESM (1.5.2) dos comunitarios incluidos los servicios de atención primaria y generales	A (1.5.2)	Gobierno estatal

Proporcionar formación básica adecuada en salud mental	Proporcionar formación básica adecuada en 7: Porcentaje del tiempo de formación total agrega- IESM (3.1.1, aslud mental de desicos 3.2.1) de dedicado a la salud mental en los cursos básicos 3.2.1) de medicina y enfermería	IESM (3.1.1, 3.2.1)	Gobierno estatal y organismos profesionales
Distribuir equitativamente el personal entre las zonas urbanas y rurales	Distribuir equitativamente el personal entre 8: Proporción de psiquiatras a nivel estatal que tra- IESM (4.1.7) las zonas urbanas y rurales en las ciudades más grandes o cerca de ellas	IESM (4.1.7)	Gobierno estatal
Asegurar la práctica menos restrictiva	9: Los ingresos involuntarios como proporción de IESM (2.4.5, 2.6.6) todos los ingresos anuales	IESM (2.4.5, 2.6.6)	Gobierno estatal
Proteger los derechos humanos de las personas con trastorno mental	10: Presencia de un organismo estatal que vigile y proteja los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, y emita al menos un informe anual	ESM (1.4.1)	Gobierno estatal, organismos profesionales y grupos de la sociedad civil
Reducir la tasa de suicidios	11: Muertes por suicidio y tasa de lesiones autoin- Base de datos de mor- Gobierno estadal y orga- fligidas nizaciones estadisticas	Base de datos de mortalidad de la OMS	Gobierno estatal y organizaciones estadísticas
*Arlas=OMS Arlas de Salud Mental. IESM=C	*Arlas=OMS Atlas de Salud Mental. IESM=OMS Instrumento de Frantación para Sistemas de Salud Mental. Las cifras entre paréntesis son números	ud Mental. las cifras entr	e paréntesis son números

"Auras = O.M.S. Atlas de Salud Mental, IESM = de indicadores de IESM .

adecuada de los derechos humanos en cada uno de los aspectos de la atención de la salud mental mediante el uso de referencias claras a las normas éticas. Esto significa no perder de vista la injusticia que sufren las personas con enfermedades mentales [36-39] a las personas con enfermedades mentales en muchos países se les trata de formas que les impiden ejercer algunos de sus derechos humanos fundamentales. Aunque muchas convenciones y declaraciones internacionales jurídicamente vinculantes protegen a las personas con discapacidad en general, lo cierto es que en la actualidad no se ponen en práctica de manera suficiente como para proteger a las personas con alguna discapacidad mental.

El texto principal sobre derechos humanos dentro de las Naciones Unidas (ONU) es la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), que se refiere a derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Los países que han ratificado el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) están obligados por el derecho internacional a garantizar a toda persona que se encuentre en su territorio y sin discriminación, todos los derechos registrados en ambos [40-44].

Concretamente, en relación con la enfermedad mental, los Principios de la ONU para la Protección de los Enfermos Mentales y para la Mejora del Cuidado de la Salud Mental se aprobaron en 1991, y compendian los derechos y libertades fundamentales de las personas con enfermedades mentales que deben ser garantizados si los estados quieren cumplir plenamente con el PIDESC. El Artículo 12 recoge el 'Derecho a la Salud Mental', que establece el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, e identifica que algunos de los Estados deben adoptar medidas "para lograr la plena efectividad de este derecho". Estos estados establecen criterios para la determinación de la enfermedad mental, la protección de la confidencialidad, la calidad de la atención, los derechos de las personas en los centros de salud mental y la provisión de recursos. El principio 1 que trata sobre la enfermedad mental establece el fundamento básico sobre el cual se construyen las obligaciones del Estado hacia las personas con enfermedad mental: que "todas las personas con una enfermedad mental, o que están siendo tratadas por esa causa, serán tratadas humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente de la persona humana" y "tendrán el derecho de ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y en otros instrumentos pertinentes". También dispone que "toda persona tiene derecho a la mejor atención de la salud mental disponible" [31].

Por lo que respecta a las intervenciones ofrecidas por los profesionales, la mejor forma de plasmar la evidencia basada en la investigación son las directrices y protocolos de tratamiento [45-47]. Sin embargo, aunque estos se han producido en muchas versiones, relativamente poco se sabe acerca de los factores que promueven su actualización y su uso [48, 49]. Esto se debe también a que no se le han dedicado suficientes investigaciones hasta ahora para evaluar tanto la forma de aplicar con éxito este tipo de iniciativas, como su impacto en los resultados de las enfermedades.

Un enfoque integrador cuya influencia va en aumento es el concepto de *itinerarios de atención*, que se refiere a una secuencia de eventos clínicos diseñados para producir un resultado específico de manera más eficiente (por ejemplo, todos los aspectos relacionados con un trasplante de cadera). La mayoría de las definiciones de los itinerarios clínicos incluyen tres componentes específicos: (i) los tipos de intervenciones que deben ser proporcionados; (ii) el cronograma y la secuencia de estas intervenciones y (iii) la claridad respecto a quién hace qué. Este último elemento puede ser muy útil para dar por escrito información a usuarios, consumidores y familiares acerca de lo que podemos esperar que suceda durante un episodio de tratamiento, y que de esta manera estén suficientemente informados como para abogar por sí mismos si no se proporcionara a tiempo cualquier aspecto de la atención [50-53].

Los itinerarios clínicos son "tanto una herramienta como un concepto que integra las directrices, los protocolos y las mejores prácticas consensuadas a nivel local, basadas en la evidencia y centradas en el paciente, en el uso diario de cada paciente" [54]. El desarrollo y uso del itinerario clínico es más común en otras áreas de la salud que en la salud mental. La limitada evidencia sobre los factores que favorecen su aplicación proporciona una información similar a la que se tiene sobre las directrices y protocolos, es decir, maximizar el compromiso clínico como un ingrediente esencial.

Por último, reafirmamos la importancia fundamental de aprender de la experiencia - principalmente la experiencia de las personas con enfermedad mental y sus familiares. Nuestro argumento central en este libro es que el objetivo principal de la atención de la salud mental es lograr mejores resultados para las personas con enfermedad mental. Y por esto, lo que los beneficiarios, o lo que es lo mismo, las personas con enfermedades mentales tienen que decir sobre la planificación

de los servicios, la forma en que se proporcionan, la evaluación de su impacto, y en definitiva, todos los aspectos de la atención, es de capital importancia [55, 56]. Si hay una característica definitoria que desearíamos ver concretizada en el futuro, es que los usuarios realmente se incluyeran como socios de pleno derecho y que contribuyeran directamente en la mejora de la atención de salud mental.

Los puntos clave de este capítulo

- Los planificadores deben buscar la manera de proporcionar la cobertura de servicios a toda la diversidad de personas con trastornos mentales en la población local.
- En las situaciones en que la atención primaria no puede tratar a la mayoría de las personas con trastornos mentales comunes, es necesario recurrir a soluciones locales específicas como por ejemplo una combinación de: autogestión individual; atención proporcionada por la familia; tratamiento realizado con apoyos sanitarios y sociales locales (por ejemplo, los médicos indígenas), asociaciones de voluntariado y organizaciones no gubernamentales.
- Es necesario reconocer e intentar eliminar seis barreras principales al cambio: (i) la insuficiencia de fondos para los servicios de salud mental, (ii) la centralización de los recursos de salud mental en las grandes ciudades (o cerca de ellas) y en grandes instituciones, (iii) la complejidad de la integración de una atención eficaz de salud mental en los servicios de atención primaria, (iv) el bajo número y escasa diversidad entre los profesionales de salud supervisados y formados en la atención de salud mental; (v) los líderes de salud mental a menudo carecen de habilidades de salud pública y de experiencia, (vi) la fragmentación entre los grupos de defensa de la salud mental.
- Para reducir la fragmentación, un solo grupo de coordinación se puede establecer a nivel estatal/regional, hablando con una sola voz sobre las prioridades de la salud mental.
- Las enfermedades mentales también actúan como barreras para impedir el tratamiento adecuado de las principales enfermedades físicas y por lo tanto los servicios también tienen que hacer frente a estas barreras particulares.

- Si se acepta que lo que no se puede medir no se puede mejorar, los indicadores cuantificados de pueden ser herramientas poderosas para medir el progreso hacia una mejor atención de salud mental.
- Muchas personas con enfermedad mental son abandonadas en la pobreza material y social, por lo que una manera de contrarrestar el estigma y la discriminación es prestar una mayor atención en términos prácticos a los derechos humanos en todos los aspectos de la atención de salud mental.
- En el futuro esperamos que la evidencia basada en la investigación se materialice en las directrices de tratamiento, los protocolos y los itinerarios clínicos. Una clara ventaja de esto sería el empoderamiento de los usuarios, los consumidores y los familiares al adquirir la información necesaria para poder solicitar cosas de los servicios.
- Terminamos con las dos proposiciones centrales de este libro: (i) mejorar la atención de salud mental también significa utilizar la información basada en la evidencia, ética y experimental disponible para vosotros y (ii) el principal objetivo de la atención de salud mental es lograr mejores resultados para las personas con enfermedad mental.
- Estas propuestas implican que, en el futuro, los usuarios deben estar realmente integrados como socios de pleno derecho y contribuir directamente a la mejora de la atención de salud mental

REFERENCIAS

- 1. Kohn R, Saxena S, Levav I and Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bull. World Health Organ. 2004; 82(11): 858–866.
- Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet 2007; 370(9590): 841–850.
- Patel V, Saraceno B and Kleinman A. Beyond evidence: the moral case for international mental health. Am. J. Psychiatry 2006; 163(8): 1312–1315.
- Kessler RC, Demler O, Frank RG, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. N. Engl. J. Med. 2005; 352(24): 2515–2523.
- 5. Cohen A and Gureje O. Making sense of evidence. Int. Rev. Psychiatry 2007; 19(5): 583–591.
- Saraceno B, Van OM, Batniji R, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. Lancet 2007; 370(9593): 1164

 –1174.
- Bartlett P, Lewis O and Thorold O. Mental Disability and the European Convention on Human Rights. Leiden: Martinus Nijhoff; 2006.

Capítulo 14. Actividades informadas en favor de una mejor atención de salud mental.

- Crisp A, Gelder MG, Goddard E and Meltzer H. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. World Psychiatry 2005; 4: 106–113.
- Hinshaw SP and Cicchetti D. Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. Dev. Psychopathol. 2000; 12 (4): 555–598.
- Dunion L and Gordon L. Tackling the attitude problem. The achievements to date of Scotland's 'see me' anti-stigma campaign. Ment. Health Today 2005; 22–25.
- 11. SladeMand Hayward M. Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rhetoric. Acta Psychiatr. Scand. 2007; 116(2): 81–83.
- 12. Druss BG. Mental health parity, access, and quality of care. Med. Care 2006; 44(6): 497–498.
- Mercer S, Dieppe P, Chambers R and MacDonald R. Equality for people with disabilities in medicine. BMJ 2003; 327(7420): 882–883.
- 14. Hanson KW. Public opinion and the mental health parity debate: lessons from the survey literature. Psychiatr. Serv. 1998; 49(8): 1059–1066.
- 15. Thornicroft G and Rose D. Mental health in Europe. BMJ 2005; 330(7492): 613–614.
- Frank RG, Goldman HH and McGuire TG. Will parity in coverage result in better mental health care? N. Engl. J. Med. 2001; 345(23): 1701–1704.
- Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. Lancet 2007; 370 (9590): 859–877.
- Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M and Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. Acta Psychiatr. Scand. 2007; 116(5): 317–333.
- Disability Rights Commission. Equal Treatment: Closing the Gap. A Formal Investigation into Physical Health Inequalities Experienced by People With Learning Disabilities and/or Mental Health Problems. London: Disability Rights Commission; 2006.
- Thornicroft G. Shunned: Discrimination against People with Mental Illness. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Sachs JD and McArthur JW. The Millennium Project: a plan for meeting the Millennium Development Goals. Lancet 2005; 365(9456): 347–353.
- 22. Becker L, Pickett J and Levine R. Measuring Committment to Health. Global Health Indicators Working Group Report. Washington DC: Centre for Global Development; 2006.
- 23. Van Herten LM and Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy. Part I: Lessons learned. Health Policy 2000; 53(1): 1-11.
- Van Herten LM and Gunning-Shepers LJ. Targets as a tool in health policy. Part II: Guidelines for application. Health Policy 2000; 53(1): 13–23.
- 25. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B and Kleinman A. World Mental Health. Problems and Priorities in Low Income Countries. Oxford: Oxford University Press; 1995.
- Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. Lancet 2007; 370(9594): 1241–1252.
- Soanes C and Stevenson A. Concise Oxford English Dictionary, 11th edn. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- 28. Dear M and Wolch J. Landscapes of Despair. Princeton: Princeton University Press; 1992.

- Estroff S. Making it Crazy: Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community. Berkeley: University of California Press; 1981.
- Corrigan PW, Watson AC, Gracia G, et al. Newspaper stories as measures of structural stigma. Psychiatr. Serv. 2005; 56(5): 551–556.
- World Health Organisation. WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. Geneva: World Health Organisation; 2005.
- Sayce Land Curran C. Tackling social exclusion across Europe. In Knapp M, McDaid D, Mossialos E and Thornicroft G (Eds.). Mental Health Policy and Practice Across Europe. The Future Direction of Mental Health Care. Milton Keynes: Open University Press; 2006.
- Sartorius N and Schulze H. Reducing the Stigma of Mental Illness. A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
- 34. Porter R. Can the stigma of mental illness be changed? Lancet 1998; 352(9133): 1049–1050.
- 35. Shorter E. A History of Psychiatry. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1997.
- Amnesty International. Ethical Codes and Declarations Relevant to the Health Professions. London: Amnesty International; 2000.
- Kingdon D, Jones R and Lonnqvist J. Protecting the human rights of people with mental disorder: new recommendations emerging from the Council of Europe. Br. J. Psychiatry 2004; 185: 277–279.
- Mental Disability Advocacy Centre. Cage Beds. Budapest: Mental Disability Advocacy Centre; 2003.
- Social Exclusion Unit. Mental Health and Social Exclusion. London: Office of the Deputy Prime Minister; 2004.
- 40. United Nations. Universal Declaration of Human Rights. Adopted and Proclaimed by the UN General Assembly Resolution 217A (III) of 10 December 1948. New York: United Nations; 1948.
- United Nations. International Covenant on Civil and Political Rights. Adopted by the UN General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. New York: United Nations (http://www.ohchr.org/english/countries/ratification/4.htm); 1966.
- United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Adopted by UN General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. New York: United Nations; 1966.
- United Nations. UN Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care. Adopted by UN General Assembly Resolution 46/119 of 18 February 1992. New York: United Nations; 1992.
- United Nations. Persons with Disabilities. General Comments Number 5 (Eleventh Session 1994). UN Doc E/C 12/1994/13. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. New York: United Nations; 1994. 176 Chapter 14. Informed actions
- Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings.
 The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. BMJ 1998; 317(7156): 465–468.
- Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M and Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ 1999; 318 (7182): 527–530.

- 47. Grol R and Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet 2003; 362(9391): 1225-1230.
- 48. Vale L, Thomas R, MacLennan G and Grimshaw J. Systematic review of economic evaluations and cost analyses of guideline implementation strategies. Eur. J. Health Econ. 2007; 8(2): 111–121.
- 49. Tugwell P, Robinson V, Grimshaw J and Santesso N. Systematic reviews and knowledge translation. Bull. World Health Organ. 2006; 84(8): 643-651.
- 50. Evans-Lacko S, Jarrett M, McCrone P and Thornicroft G. Clinical pathways in psychiatry. In submission 2008.
- 51. Emmerson B, Frost A, Fawcett L, et al. Do clinical pathways really improve clinical performance in mental health settings? Australas Psychiatry 2006; 14(4): 395-398.
- 52. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N and Porteous M. Integrated care pathways. BMJ 1998; 316(7125): 133-137.
- 53. Dy SM, Garg P, Nyberg D, et al. Critical pathway effectiveness: assessing the impact of patient, hospital care, and pathway characteristics using qualitative comparative analysis. Health Serv. Res. 2005; 40(2): 499-516.
- 54. Whittle C. Introduction to ICPs (Integrated Care Pathways), http://www.library.nhs.uk/pathways/ViewResource.aspx?resID=259106&tabID=290&catID=12584. London: National Health Service Protocols and Care Pathways Specialist Library; 2007.
- 55. Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. Epidemiol. Psichiatr. Soc. 2005; 14(1): 10-14.
- 56. Rose D. Users' Voices, The Perspectives of Mental Health Service Users on Community and Hospital Care. London: The Sainsbury Centre; 2001.