

José Guimón (coord.)

De la cuna al asilo

¿Cuál es el futuro
de la Salud Mental en Europa?



DeustoDigital

De la cuna al asilo

¿Cuál es el futuro
de la Salud Mental en Europa?

De la cuna al asilo

¿Cuál es el futuro
de la Salud Mental en Europa?

José Guimón (coord.)

2016
Universidad de Deusto
Bilbao

Serie Psicología, vol. 19

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Imagen de portada: *Ella*, 2008, José Ibarrola
(Sala Recalde. Bilbao 2016).

© Publicaciones de la Universidad de Deusto
Apartado 1 - 48080 Bilbao

www.deusto-publicaciones.deusto.es

e-mail: publicaciones@deusto.es

ISBN: 978-84-15759-94-2

Agradecimientos

En el año 2011 Donostia fue elegida «Capital Europea de la Cultura 2016», por el Comité de Selección de la Unión Europea. Jakiunde (la Academia vasca encargada de difundir las Ciencias, las Artes y las Letras), respondiendo a esa propuesta de la capitalidad cultural (DSS2016) presentó «Erronkak/Desafíos», un programa que consiste en 10 jornadas de muy diverso carácter, dedicadas a analizar los retos a los que se enfrenta nuestra sociedad actual.

Desde 2010 hasta hoy Europa ha atravesado por una crisis económica intensa, unos graves problemas políticos (crisis en la Comunidad Europea, agudos conflictos por la avalancha de refugiados y de emigrantes, acentuación dramática del terrorismo en su territorio). Estas circunstancias adversas han coexistido con un envejecimiento de su población (y el consiguiente aumento de las discapacidades) que ha condicionado serios problemas de atención a la Salud Mental en sus diversos países. Cuando recibimos el encargo de organizar la jornada, en la que se presentaron y discutieron el 10 de junio del 2016 los trabajos que se recogen en este volumen, decidimos reflexionar sobre los aspectos más destacados del futuro de la Salud Mental en Europa, haciendo una referencia específica a la situación en Euskadi.

Agradecemos sinceramente la confianza que DSS2016, Jakiunde, y otros patrocinadores han depositado en este proyecto y, a los especialistas invitados, por el esfuerzo de su trabajo que ha permitido poner al día la cuestión y, lo que es más difícil, aventurarse a hacer predicciones sobre su evolución en los próximos decenios.

Agradecemos, así mismo, a Elena Ozamiz, por su eficiente ayuda administrativa, al Dr. Iñaki Markez por su coordinación técnica, a los Dres. Miguel Ángel González Torres y J. Agustín Ozamiz por la coordinación de las mesas redondas, y a la Universidad de Deusto y la empresa Avances Médicos (AMSA) por su generosa ayuda logística y económica.

Índice

Introducción. El futuro de la atención a la Salud Mental en Europa <i>José Guimón</i>	13
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Sección 1 Interrogantes

Capítulo 1. Infancia y adolescencia: una ventana abierta para la prevención de trastornos mentales <i>Celso Arango López, Elena Serrano-Drozdowskyj y Covadonga Martínez Díaz-Caneja</i>	27
Capítulo 2. Estrés y recursos de afrontamiento en la sociedad contemporánea <i>Enrique Echeburúa</i>	53
Capítulo 3. ¿Tratar con drogas el abuso de cannabis? <i>Ana González-Pinto e Itxaso González-Ortega</i>	65
Capítulo 4. Presente y futuro de la terapia basada en la mentalización <i>Pablo Orgaz Barnier</i>	77
Capítulo 5. Ecología y salud: ¿aplicaciones futuras para la Psiquiatría? <i>Javier I Escobar</i>	87

Sección 2

Migraciones e iniciativas en la atención a la Salud Mental

Capítulo 6. La atención a la Salud Mental de los inmigrantes y demandantes de asilo <i>Joseba Achotegui</i>	107
Capítulo 7. Experiencia grupal en Rwanda <i>Suzanne Ehrensperger-Cuénod y Patana Mulisanze</i>	125
Capítulo 8. Trabajo grupal analítico en la Suiza Romanda <i>Anelise Fredenrich</i>	135
Capítulo 9. La transculturalidad en tratamientos con inmigrantes traumatizados en Alemania <i>Christine Schwankhart</i>	143
Capítulo 10. Intimidación e incohesión en un mundo globalizado <i>Elisabeth Rohr</i>	155
Capítulo 11. Xenofobia e islamismo: el poder de la ignorancia <i>Juan Petschen</i>	171

Sección 3

El futuro de la Salud Mental en Euskadi

Capítulo 12. Tres ejes centrales para pensar el devenir de la sociedad vasca: una visión desde la Sociología <i>Alfonso Pérez-Agote</i>	181
Capítulo 13. Envejecimiento y discapacidad en Euskadi <i>José Guimón</i>	205
Capítulo 14. Eragintza. 25 años fomentando la inclusión socio-laboral de las personas con enfermedad mental <i>Begoña Errazti Esnal</i>	217
Capítulo 15. ¿Discriminación y xenofobia en Euskadi? <i>José Guimón</i>	229
Capítulo 16. Prospectiva de cuidados comunitarios en Salud Mental. Bizkaia <i>J. Agustín Ozamiz</i>	241

ÍNDICE	11
Capítulo 17. Participación de la sociedad civil: sociedades científicas y de usuarios vs atención comunitaria de la Salud Mental <i>Iñaki Markez Alonso</i>	265
Capítulo 18. Amenazas en Docencia e Investigación. La Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco <i>Miguel Ángel González Torres</i>	279
Capítulo 19. Formación de los profesionales en Salud Mental <i>José Guimón</i>	297

Clausura

El papel de la Psiquiatría en proteger la salud y promover el bienestar de la población <i>Luis Rojas Marcos</i>	313
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Introducción

El futuro de la atención a la Salud Mental en Europa

The Future of Mental Health Care

José Guimón

Resumen. La existencia en Europa de una importante desigualdad en los ingresos económicos de la población y de un alto índice de desempleo hará crecer la prevalencia de algunos problemas mentales como la depresión, la violencia y el suicidio. El aumento de la población de emigrantes y refugiados, con creencias, valores y actitudes muy diferentes; la modificación de las prácticas sexuales; el cambio de la estructura de las familias y de la paternidad (como la partenogénesis sin la intervención del varón, los padres homosexuales o transexuales y solteros), son también factores que modificarán la práctica psiquiátrica en las próximas décadas.

La esperanza de vida de la población en la Comunidad Europea indica que sus ciudadanos van a vivir más años que los nacidos en otros países. Sin embargo, las discapacidades se acumularán por encima de los 85 años y afectarán principalmente a las mujeres. La Salud Mental de los ancianos empeorará. La dieta, el ejercicio físico y los cambios en el estilo de vida son guías para lograr una «Salud Mental positiva». El cuidado psico-geriátrico en el futuro debe sustituir el concepto de «asilo» por otras fórmulas de readaptación psicosocial más adaptadas.

Palabras Clave. Salud Mental. Discapacidad. Psicogeriatría.

Abstract. The presence in European Community of a sharp income inequality and of unemployment will increase the prevalence of some mental problems like depression, violence and suicide; the growing number of emigrants, with very different beliefs, values and attitudes; the modification of the sexual practices; the change to the family structure and paternity, (like parthenogenesis without male intervention, homosexual, transsexual or single parents) are also factors which will modify psychiatric mobility in the coming decades.

The life expectancy of the world population is increasing rapidly. The EUROSTAT statistics show that the Spanish people who have just been born, for example, are going to live longer than those born in most other countries around the world. Emigration within Europe will partly rejuvenate some countries. In the Basque Country there will therefore be a clear rise in the number of active years of life. Not only we will live longer, but rather we will live hopefully more healthily beyond 60 years old, with slight disabilities, due to the fact that the factors which affect life expectancy are the same as those which improve health. However, the disabilities will accumulate above 85 years old and affect women most.

Mental health however will worsen in the elderly which will contribute towards an increase in the disabilities. There will without doubt be significant progress in the detection of dementia, in predicting the risk of suicide and controlling other symptoms using biological methods. The health progress of this aging population should however come hand in hand with more unspecific actions. Diet, physical exercise, lifestyle changes are all ways to achieve a «positive mental health» amongst this aging population which will be characterized by enjoying sufficient welfare and autonomy allowing for realistic ambitions to be fulfilled. This should encourage to assure the factors which protect mental health: individual skills which boost the «resilience» factors; family and occupational relations, and social benefits; social networks which give the individual confidence; solidarity amongst neighbours and the community. The psycho-geriatric care in the future should stress the current trend to substitute the asylum concept for more adapted psychosocial re-adaptation formulae.

Keywords. Mental Health Care. Disability

1. ¿De dónde venimos? Medio Siglo de Psiquiatría Comunitaria

Tras la Segunda Guerra Mundial, se desarrollaron, primero en Francia, la llamada Psiquiatría Institucional, luego, desde Gran Bretaña la Psiquiatría Social y, tras el «Acta de Salud Mental del Presidente Kennedy», la llamada Psiquiatría Comunitaria, iniciativas, todas ellas, basados en un pensamiento progresista de «liberación de los enfermos mentales». Entre los responsables de estos cambios hubo un gran optimismo (excesivo como se vio pronto) sobre la voluntad de la población de acogerlos. En efecto, en el plano asistencial, en distintos países (como en Italia) se cerraron prematuramente muchos hospitales, se realizaron estancias excesivamente cortas en Hospitales generales y no se desarrollaron suficientemente los servicios extra-hospitalarios. Con ello, la población se mostró reticente a coger a los pacientes y apareció en muchos países un colectivo amplio que quedaron desasistidos («los sin techo»), lo que produjo un paradójico aumento de los prejuicios de la población hacia ellos.

Sin embargo, este último medio siglo se puede considerar como el periodo histórico en el que más ha mejorado la asistencia a los enfermos mentales. Por otra parte, desde el punto de vista científico, los hallazgos de nuevas medicaciones eficaces y de nuevos «marcadores» para los trastornos psiquiátricos han permitido una mayor fiabilidad y cierta validez en los diagnósticos. Las ventajas indudables del desarrollo de la «Sección psiquiátrica de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS» y del «Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana» han facilitado la mundialización de la información. Sin embargo, estos progresos clasificatorios no han dejado de ser criticados por no ser «ateóricos» y pretender convertirse en verdaderas «Biblias», que descuidan los aspectos dinámicos y sociales del enfermar psíquico.

2. La Asistencia a la Salud Mental: Perspectivas para los próximos decenios

2.1. *La profesión de psiquiatra*

Las fronteras de la Psiquiatría se irán superponiendo a las de otras especialidades médicas como la Neurología (para las demencias), la Geriátrica (para los trastornos psico-geriátricos), la Pediatría (para la neuro-pediatría), la Medicina comunitaria (para el abuso de sustancias), la Endocrinología (para los trastornos de la alimentación), etc. Por otra parte, los psiquiatras tendrán que compartir sus responsabilidades con otras profesiones como

los psicólogos, los médicos de atención primaria, los especialistas en la *Behavioural neurology*, los enfermeros y los asistentes sociales. Como consecuencia, se desarrollarán más intensamente especialidades (Psiquiatría infantil y la geriátrica, la forense, las toxicomanías) y sub-especialidades o «*Double-tracks*» (Psiquiatría de la mujer, gestión psiquiátrica, trastornos bipolares, etc.)

2.2. *Las Neurociencias y la Biotecnología*

Existe entre los profesionales cierta decepción porque la aplicación de los hallazgos biológicos en los trastornos psiquiátricos no ha producido todavía los espectaculares progresos esperados. Es indispensable que en los próximos decenios, ciertos avances como los que ofrecerá la Biotecnología estén disponibles para toda la población. En España, la agencia OPTI realizó un importante estudio prospectivo de los desarrollos tecnológicos que hay que alentar para mejorar la salud de los españoles. Todas esas técnicas que mejoren la Salud en la juventud mejorarán la Salud Mental en la vejez. Los avances en el diagnóstico favorecerán tratamientos novedosos (chips genéticos, retraso de la apoptosis, utilización de células madre, cirugía vascular cerebral no invasiva, terapia genética). Así, en las Psicosis orgánicas, se podrán lograr, por ejemplo, paradigmas matemáticos capaces de predecir casi al 100% el riesgo de algunas demencias, con datos familiares, genéticos y de neuroimagen. En las Psicosis endógenas y en los Trastornos de la personalidad se logrará detectar en niños la presencia de algunos marcadores (endofenotipos) para determinados trastornos. En los adultos, se mejorará la detección de genes predisponentes o protectores y se avanzará en la regulación del número de receptores y de la liberación de los transmisores a nivel del gen. Se estudiarán los efectos perjudiciales (pero tal vez también los beneficios) de la exposición del feto a ciertas drogas psicótropas. Se perfeccionarán los psicofármacos. Las investigaciones biológicas en el Alzheimer permitirán su evaluación precoz con el PET y con las «proteínas señal».

2.3. *El futuro de la Psicoterapia*

En el campo de las psicoterapias, ha disminuido en los últimos decenios la hegemonía de la Psicoterapia psicoanalítica, que en el futuro se practicará probablemente más para pacientes «neuróticos», para la formación de los profesionales de Salud Mental y en el amplio sector de población general de los «sanos preocupados» (*worried well*) y los trastornos de la personalidad. Se utilizará preferentemente en combinación con

psicofármacos. En la que se podría llamar «Psicoterapia gestionada» (la practicada por los Seguros privados) no se reembolsarán las psicoterapias dinámicas prolongadas aunque éstas sí se practicarán en privado o en régimen de co-pago. En el futuro, se plantearán algunas preguntas tales como si las psicoterapias prolongadas son superiores a las breves o si está justificado que algunas profesiones con más formación reciban honorarios mayores que otras. En cualquier caso, se insistirá en que se practiquen con el foco centrado en el «aquí y ahora», negociando con el paciente fines y responsabilidades, buscando una alianza terapéutica pragmática con terapeutas activos y «positivos» más que centrados en la transferencia. Se animará a la flexibilidad en las intervenciones, incluyendo las de grupo, familia, psico-educación, comunidad, ayuda religiosa, auto-ayuda. Como dice maliciosamente un autor, los psicoterapeutas de más de 35 años deberán ser re-entrenados (1). Se potenciará la «intervención en crisis» (ocasionalmente de una sola sesión) (2) más que las terapias prolongadas, creadoras a veces de dependencia y, en ocasiones, se tenderá a ofrecer una ayuda al paciente para todo el ciclo vital. Se generalizará la «Psicoterapia breve intermitente», con «interrupciones» y no necesariamente «finalizaciones». Así, el psicoterapeuta se convertirá en un «médico de familia psicológico» (3). Finalmente, los psicoterapeutas deberán aceptar la revisión, en algunos casos, de la calidad de su trabajo por parte de las aseguradoras privadas.

Por otra parte, desde finales de los años 30 del pasado siglo, pero especialmente después de la Segunda Guerra Mundial, se desarrollaron, en diversas instituciones psiquiátricas cerradas, programas grupales con orientación psicoanalítica (Northfield Hospital, Clínica Meninger, Chesnut Lodge, Cassel Hospital, Clínica García Basaracco, Clínica Peña Retama etc.) que recibieron el nombre de «Comunidades terapéuticas». A lo largo de los últimos treinta y cinco años, hemos desarrollado en el País Vasco (y en Ginebra) cierto número de programas con esa orientación (4-9) en una quincena de centros (unidades de corta estancia en hospitales generales, unidades de rehabilitación, hospitales de día), algunos de los cuales subsisten. Desde un punto de vista clínico, los resultados de este tipo de programas han sido muy positivos. Sin embargo, siguiendo cambios en la gestión de los programas asistenciales en Occidente, este tipo de programas han sido parcialmente abandonados o «descafeinados» (8).

2.4. *Nuevos programas asistenciales*

Seguramente, en los futuros decenios, se continuarán desarrollando las actuales sub-especialidades a nivel sectorial o supra-sectorial (según la

edad, la patología, etc.) impulsándose algunas como la rehabilitación (con residencias y programas de «entrenamiento asertivo» para la vida comunitaria) y las forenses (de seguridad media y mínima). Multisectorialmente, se desarrollarán programas para *borderlines*, minorías étnicas, sordos, daño cerebral, etc.

A pesar de algunos inconvenientes que se han observado, se mantendrá la hospitalización breve en hospitales generales y la sectorización.

3. La situación actual de la Salud Mental en España

El Plan de Salud Mental del Ministerio de Sanidad y Consumo español de 1995 estableció un Catálogo de prestaciones psiquiátricas (Real Decreto 63/1995) que incluía el Diagnóstico y seguimiento clínico, la Farmacoterapia y las terapias individuales, de grupo o familiares, la Hospitalización en hospitales generales para procesos agudos y para la reagudización de procesos crónicos.

3.1. Algunos datos epidemiológicos

En dos Informes SESPAS sobre la Salud Mental española (1999, 2001), se aportaron datos epidemiológicos sobre los trastornos mentales. En 1999 algunos porcentajes eran semejantes a los de los países de nuestro entorno: Incidencia administrativa: 10 casos nuevos por mil habitantes; Prevalencia administrativa: 20 casos por mil; Morbilidad de trastornos crónicos de Salud mental 19%; Morbilidad de trastornos agudos: 23%. Otros datos se situaban muy por debajo de los europeos: Tasa de mortalidad por suicidio y lesiones auto-infligidas en España (1985-1994): 5,9 por 100.00 habitantes, «Para-suicidios»: 50 y 90 por 100.000 h./año (Europa entre 61 y 414). Los datos del informe SESPAS de 2001 fueron parecidos.

Con la Crisis económica de estos últimos años se ha observado en Atención Primaria un incremento significativo de trastornos del estado de ánimo (19% entre 2006 y 2010), trastornos de ansiedad (8%) y abuso de alcohol (5%). Se aprecian algunas diferencias de género (aumento de dependencia del alcohol en mujeres). El desempleo constituye el factor de riesgo más importante, seguido por un aumento del consumo de fármacos antidepresivos y no hay variación al alza significativa en los suicidios.

Ante esos datos se realizaron propuestas para reducir el impacto de la crisis en la Salud mental: incremento de servicios comunitarios, políticas activas de empleo, reducción de consumo de alcohol y prevención de suicidios en población joven.

Cuando se comparan esos datos con los hallados en la Región del Mediterráneo Este de la OMS en 2013, se observan algunas diferencias significativas como una incidencia mayor de suicidios que en España.

En la base de datos de la OMS «Health for All» (HFA) se detectó en España un número intermedio de casos de trastornos mentales; un número bajo de hospitalizaciones, un consumo de alcohol intermedio y una Tasa de suicidios baja (según el Instituto Nacional de Estadística y los Institutos de Medicina Legal).

3.2. El envejecimiento de la población

Como lo ilustran los dos esquemas siguientes, las estadísticas de EUROSTAT señalan que los españoles que acaban de nacer van a vivir más prolongadamente que los nacidos en la mayoría de los otros países del mundo. (Tabla 1)

TABLA 1
¿Vivirán los españoles que acaban de nacer más prolongadamente que el resto?



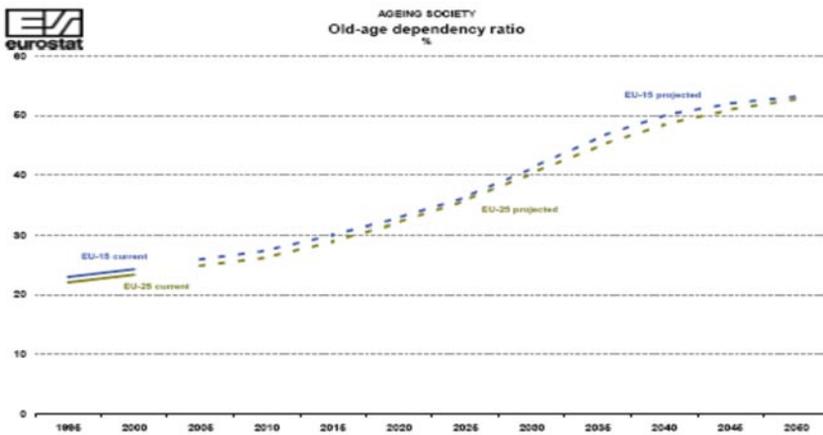
recnas posteriores.

■ **ESPERANZA DE VIDA EN LA UE**

	Hombres	Mujeres
Alemania	76,71	82,03
Austria	76,69	82,27
Bélgica	76,18	81,85
Bulgaria	68,99	76,24
Chipre	76,82	81,09
Dinamarca	75,96	80,50
Eslovaquia	70,17	78,07
Eslovenia	73,94	80,86
España	76,98	83,66
Estonia	67,33	78,15
Finlandia	75,59	82,51
Francia	76,74	83,82
Grecia	76,82	81,63
Holanda	77,25	81,72
Hungría	68,69	77,17
Irlanda	77,29	81,72
Italia	77,12	82,77
Letonia	65,37	76,50
Lituania	65,31	77,34
Luxemburgo	76,63	82,24
Malta	77,25	81,39
Polonia	70,75	79,33
Portugal	74,90	81,33
Reino Unido	77,08	81,12
Rep. Checa	72,92	79,25
Rumanía	68,68	75,70
Suecia	78,49	82,90

La emigración dentro de la Europa de los 22 rejuvenecerá algo la Europa de los 12, como será el caso de España. En estos países, actualmente, se ha estabilizado el envejecimiento mientras que en otros continentes aumenta.

TABLA 2
Europa: Proyección (del 1996 al 2060) del aumento de la población de más de 65 años dependiente



Fuente: Eurostat

El porcentaje de discapacidades irá aumentando en los próximos años hasta el 2060 para pasar del 30 a más del 60% en las condiciones de desarrollo actual. La prevalencia de la depresión es ya más alta en los países del sur de Europa y en especial en España sobre todo en las personas de más de 85 años.

En el Informe SESPAS 2014 entre 2006 y 2012 no se detectan grandes cambios en estilos de vida, salvo un descenso en el consumo habitual de alcohol y de drogas ilegales, pero aumenta el de psicofármacos.

Estos informes señalan que, en lo que se refiere a la prevención, son grupos prioritarios la infancia, las personas desempleadas y otros colectivos vulnerables. Son intervenciones prioritarias las actividades comunitarias en colaboración con ayuntamientos y otros sectores, la abogacía y la promoción de la Salud Mental.

Por otra parte, la utilización de servicios psiquiátricos ha crecido desmesuradamente en España durante los últimos años pero menos que en otros países avanzados. El número de camas ha disminuido (cifras más bajas que las de sus vecinos). El número de ingresos y la práctica de la Psiquiatría en la Asistencia primaria han aumentado pero, en cambio, no existen programas adecuados de formación de los médicos de Atención primaria para los pacientes con trastornos mentales.

4. Planificación de servicios y tratamientos en España

De cara a la planificación de servicios y de la evaluación de las intervenciones, será necesario realizar estudios no sólo epidemiológicos sino psicosociológicos (como se ha hecho, por ejemplo, en China recientemente (10)).

Igualmente, se subraya la conveniencia de estudiar las necesidades psíquicas percibidas por sectores de la población específicos como los ancianos. Así, en una encuesta realizada en Alemania, los pacientes seniles ingresados que estaban en rehabilitación, preferían técnicas como la fisioterapia y rehabilitación antes que varios tipos de psicoterapia. Esta era preferida por el 18,3 % de los pacientes depresivos y el 15% de los trastornos de ansiedad. En otro estudio comparativo acerca de la «activación neural» en voluntarios sanos y pacientes con esquizofrenia, se observaron mejorías ligeramente mayores en estos (11) lo que muestra que la activación cognitiva puede mejorar la productividad incluso en pacientes con trastornos psiquiátricos graves.

5. Posibilidades de prevención

En la llamada «Prevención primaria» se debe intentar disminuir la incidencia luchando contra las condiciones estresantes para, de alguna manera «aumentar la inmunidad» de todos los individuos (como se hace con la vacunación en Medicina física). Sin embargo, ese tipo de prevención sólo es posible para la Salud Mental en muy contados padecimientos (como el estrés post-traumático). En general, mejorar el nivel de la Salud Mental en la población para disminuir la incidencia de determinados trastornos, resulta, en cambio, poco específico y muy costoso. Por todo ello ha habido que contentarse hasta hoy con medidas tales como campañas para disminuir el consumo de sustancias adictivas y con mejorar los hábitos higiénicos, pero no se han iniciado apenas acciones como aumentar la detección de fases precoces de algunos trastornos (esquizofrenia, por ejemplo) o disminuir las acti-

tudes negativas hacia los enfermos y los tratamientos psiquiátricos. En los próximos decenios será un objetivo prioritario desarrollar las técnicas y prever los recursos para estas acciones.

Con la «Prevención secundaria» se intenta la identificación precoz de los trastornos psíquicos como prerequisite para su tratamiento precoz, la intervención en crisis, la atención rápida de las Urgencias, y la organización de Centros de Terapia Breve. Todo ello, junto a la actuación sobre grupos de alto riesgo podrá realizarse en un futuro cercano.

Los Programas de «Prevención terciaria» son los llamados clásicamente de «rehabilitación». Van dirigidos a reducir el índice de funcionamientos defectuosos causados por las enfermedades mentales, aumentar la capacidad del individuo para adaptarse y contribuir a la vida social y ocupacional de la Comunidad, organizando servicios de rehabilitación en el periodo post-cura para evitar que el paciente al finalizar su hospitalización encuentre que la sociedad y su familia le han cerrado las puertas. Tales servicios incluyen Clubs, hospitales de día, de noche, de fin de semana, casas a medio camino y talleres protegidos, que están siendo desarrollados en España de manera asimétrica en las distintas Comunidades.

La emigración dentro de la Europa de los 22 rejuvenecerá algo la Europa de los 12. En estos países se ha estabilizado el envejecimiento mientras que en otros continentes aumenta. Sin embargo, las discapacidades se acumularán por encima de los 85 años y su porcentaje irá aumentando en los próximos años hasta el 2060 hasta pasar del 30 a más del 60% en las condiciones de desarrollo actual (Tabla 2). Las mujeres seguirán estando más discapacitadas a edades avanzadas, ya desde los 50 años. Entre los factores que contribuyen a la incapacidad relativa los trastornos neurológicos y psiquiátricos juntos suponen casi el 60%.

La satisfacción con la propia salud varía según los países europeos y la de los españoles es la más baja de los 10 países estudiados, siendo menos del 20% los que la consideran buena o muy buena. Los españoles no son sin embargo los más pesimistas de Europa, pues los franceses, los italianos, o los británicos tienen una percepción más negativa de los riesgos que les acechan en el futuro.

Para luchar contra ese porvenir sombrío se están desarrollando, sin embargo, importantes aportaciones de la Genómica y de la Proteómica: Diagnóstico individualizado; caracterización molecular de subtipos de trastornos (Alzheimer, trastornos esquizofrénicos y bipolares); desarrollo de nuevas Dianas Terapéuticas; Tratamientos específicos (Farmacogenética) y sin sintomatología secundaria (Toxicogenética); inserción genética con aporte de genes sanos ausentes o «silenciamiento» de genes que se sobre-expresan.

Igualmente se están perfeccionando técnicas de complementación o sustitución de tejidos y órganos gracias a la ingeniería de células y tejidos (utilizando «células madre»), prótesis e implantes electrónicos cerebrales.

6. «Salud Mental positiva»

En conjunto, hay que insistir en la necesidad de favorecer la llamada «Salud Mental Positiva» en las personas de la «tercera y cuarta edad», apoyando los factores protectores: habilidades individuales (factores de «resiliencia»); relaciones familiares, laborales, prestaciones sociales, redes; programas de Ejercicio físico; entrenamiento para las dificultades de memoria; desarrollo de amistades; mejoría de la audición, etc.

Los esfuerzos deben ir dirigidos a la consecución de un «Estado de bienestar» que favorezca al individuo funcionar conforme a las reglas sociales y tener autonomía.

Sin embargo, la Salud Mental es una disciplina de bajo nivel tecnológico. La educación en la salud y la equidad (psicosocial) son tan importantes como los tratamientos basados en las Neurociencias (biotecnología). La dieta, el ejercicio físico, la modificación de los estilos de vida son las vías de la consecución a esas edades de una «Salud Mental positiva» (13), que se caracteriza por el disfrute un suficiente bienestar y autonomía que permitan lograr ambiciones realistas, pese a diagnósticos y tratamientos médicos. Ello supone potenciar los factores protectores de la Salud Mental: Habilidades individuales que lleven a fortalecimiento de los factores de «resiliencia»: relaciones familiares, laborales, y prestaciones sociales; redes sociales que den confianza al individuo; solidaridad con los vecinos y con la comunidad.

Los ciudadanos mayores tienen una renta anual más baja en los países del Sur de Europa que en los del Norte y España es el país de los 10 estudiados que la tiene más baja. También es menor el índice de ciudadanos que pueden en edades avanzadas desarrollar trabajos voluntarios que protegen la Salud Mental. Desgraciadamente, la situación no parece que vaya a mejorar, porque, al contrario, los datos que manejan los expertos son pesimistas.

Un problema de especial importancia es el tratamiento de la depresión en personas a partir de los 60 años. EURODEP *Consortium* insiste en la necesidad de procurar la independencia económica, el trabajo voluntario, el apoyo social y la creatividad a los ciudadanos de la tercera edad. La población añosa sufre aún más que de depresión de aburrimiento, de soledad y de desprecio. Los Derechos Humanos de los ancianos exigen actuaciones no sólo económicas sino sociales, que pasan por atender a la bús-

queda de reconocimiento (el nuevo «fenómeno social total», según Alain Callé (14)) de estas personas en un mundo en que todavía pueden ser útiles y creativos.

Bibliografía

1. Fink PJ. Are psychiatrists replaceable? In: Lazarus A, editor. *Controversies in Managed Mental Health Care*. Washington: American Psychiatric Press; 1996. p. 3-16.
2. Bloom BL. *Planned short-term psychotherapy*. Boston: Allyn and Bacon; 1992.
3. Cummings NA. Does managed mental health care offset costs related to medical treatment? In: Lazarus A, editor. *Controversies in Managed Mental Health Care*. ch.15. Washington: American Psychiatric Press; 1996. p. 213-27.
4. Guimón J. Groups in Therapeutic Communities. In: Kaslow FW, Magnavita JJ, editors. *Comprehensive Handbook of Psychotherapy*. 1. New York: John Wiley & Sons, Inc; 2002. p. 529-49.
5. Guimón J. Mental Health Care in the Canton of Geneva. *International Journal of Mental Health*. 2002;31(4):15-31.
6. Guimón J. *Terapias de grupo*. Madrid: Biblioteca nueva; 2002.
7. Guimón J. Psychodynamic/Object-Relations group Therapy with Schizophrenic Patients. In: Kaslow FW, Magnavita JJ, editors. *Comprehensive Handbook of Psychotherapy*. 1. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 2002. p. 481-501.
8. Guimón J. Decaffeinated therapeutic communities. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*. 2012;14(2):1-13.
9. Guimón J. *From Therapeutic to Didactic Communities*: Lambert, Academuc Pub.; 2012.
10. Uttley L, Stevenson M, Scope A, Rawdin A, Sutton A. The clinical and cost effectiveness of group art therapy for people with non-sychotic mental health disorders: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *BMC Psychiatry* 2015;Jul 7(15:151.).
11. Ozamiz A, Markez I, Ortiz A. Análisis DAFO de situación actual en Vizcaya para cuidado basado en la comunidad para enfermos psiquiátricos geriátricos. Datos provisionales 2015
12. Ray S. Classification and prediction of clinical Alzheimer's diagnosis based on plasma signaling proteins. . *Nat Med*. 2007.
13. Ozamiz A, Henderson J, Kuhn K, Lethinen V. *Mental Health Promotion and Prevention. Strategies for Coping with Anxiety, Depression ans Stress related Disorders in Europe*. Final report 2001-2003. Dortmund: WHP in Europe; 2004.
14. Caillé A, editor. *La quête de reconnaissance. Nouveau phénomène social total*. Paris: La Découverte; 2007.

SECCIÓN 1

Interrogantes

- Capítulo 1.** Infancia y adolescencia: una ventana abierta para la prevención de trastornos mentales
*Celso Arango López, Elena Serrano-Drozdowskyj
y Covadonga Martínez Díaz-Caneja*
- Capítulo 2.** Estrés y recursos de afrontamiento en la sociedad contemporánea
Enrique Echeburúa
- Capítulo 3.** ¿Tratar con drogas el abuso de cannabis?
Ana González-Pinto e Itxaso González-Ortega
- Capítulo 4.** Presente y futuro de la terapia basada en la mentalización
Pablo Orgaz Barnier
- Capítulo 5.** Ecología y salud: ¿aplicaciones futuras para la Psiquiatría?
Javier I Escobar
-

Capítulo 1

Infancia y adolescencia: una ventana abierta para la prevención de trastornos mentales

Childhood and Adolescence: an Open Window for the Prevention of Mental Disorders

*Celso Arango López, Elena Serrano-Drozdowskyj,
Covadonga Martínez Díaz-Caneja*

Resumen. Los trastornos mentales son una de las principales causas de la «carga» de las enfermedades en el mundo. Las actuales modalidades del tratamiento basadas en la intervención terciaria han tenido un efecto limitado en disminuir esa carga. Cada vez hay más estudios que indican que la Salud Mental debe dirigirse hacia la prevención primaria y secundaria. Son particularmente esperanzadores los resultados de las intervenciones precoces en el autismo y en sujetos con alto riesgo de psicosis que pueden cambiar la trayectoria prevista hacia un resultado menos incapacitante. Pese a los trabajos que muestran el beneficio de la detección e intervención precoces de los trastornos mentales, hay pocas iniciativas clínicas que hagan propuestas concretas comparándolas con las de otras áreas de la Medicina. En esta revisión se examinan los datos científicos sobre los factores de riesgo, la detección precoz y las intervenciones precoces de alta relación «beneficio/coste» para encontrar explicaciones sobre la distancia que hay entre el conocimiento y las prácticas actuales en ese sentido. Se propondrán los pasos futuros que deberían encaminarse hacia la prevención y promoción de la Salud Mental.

Palabras clave. Prevención, Psiquiatría infantil, intervención precoz.

Abstract. Mental disorders are one of the leading causes of burden of disease worldwide. Current treatment modalities based on tertiary intervention have shown limited effect on decreasing this burden. Growing scientific evidence indicates that our field should move to the more ambitious primary and secondary prevention and mental health promotion. Particularly encouraging are the results from early interventions in autism and subjects at high risk for psychosis that may change the expected trajectory to a less disabling outcome. In spite of the accumulated evidence regarding potential benefits of early detection and intervention of mental disorders, there are still few public health and clinical initiatives pursuing them, compared to other areas of Medicine. We will examine available scientific data on risk factors, early detection and cost-effectiveness of early interventions in order to find potential explanations of the gap between knowledge and existing policies and clinical practices. In addition, future steps will be proposed in order to move forward in mental health prevention and promotion.

Keywords. Prevention, child psychiatry, early intervention.

1. Introducción

Al menos una de cada cuatro personas al año en el mundo experimenta un problema de Salud Mental (1). A nivel mundial, estos trastornos son una de las cinco principales causas de pérdida potencial de años de vida, debido a la muerte prematura y la primera causa de pérdida de años de productividad a lo largo de la vida por discapacidad (en inglés «DALYS») (2). El coste global estimado de los trastornos mentales es de 2.31 trillones de euros por año (3), y se espera que esa carga se incremente en los próximos 15 años (2). Este dato refleja la limitada capacidad de las actuales modalidades de tratamiento para disminuir los costes económicos y sociales de los trastornos mentales y la necesidad de un cambio de paradigma de intervención.

La mayoría de los problemas de Salud Mental que persistirán en la vida adulta comienzan en las etapas tempranas de la vida (4). La aparición de estos primeros síntomas podría ser la consecuencia de un desarrollo cerebral anómalo que tiene lugar en el periodo prenatal y durante los primeros años de vida (5). Mientras que existe un interés creciente en la detección de las enfermedades en los estadios más tempranos para prevenir la progresión a trastornos mentales graves como las psicosis o la depresión mayor recurrente, el conocimiento acerca de los factores de riesgo y de las trayectorias del desarrollo aún no ha sido ampliamente aplicado en la práctica clínica (6,7).

La Psiquiatría se ha basado tradicionalmente en el tratamiento de los trastornos ya establecidos y en la prevención terciaria de la progresión del trastorno y de sus consecuencias funcionales. La evidencia científica recopilada en las últimas décadas indica que la Psiquiatría debe avanzar hacia metas más ambiciosas de prevención primaria de la vulnerabilidad y de la prevención secundaria de la expresión completa o más grave de la enfermedad (8). Además, mientras los costes de las enfermedades cerebrales superan a los del cáncer, los trastornos cardiovasculares y la diabetes juntos (9), los fondos destinados para la investigación en Salud Mental son desproporcionadamente más bajos; y lo que es más relevante, menos del 5% de toda la investigación en Salud Mental está destinado a la prevención (10).

Mientras que varias especialidades médicas han unido sus fuerzas con las asociaciones de educación y de la sanidad públicas para reducir los factores de riesgo de enfermedades como el infarto de miocardio (11), las iniciativas de prevención en Salud Mental han recibido mucha menos atención, a pesar de tener un conocimiento relativamente bueno acerca de los factores de riesgo tempranos. Existen dos posibles hipótesis para explicar esta discrepancia: i) los trastornos mentales son menos «prevenibles» o ii) su prevención es más costosa en comparación con otros problemas médicos. Con el fin de aclarar esta controversia, en el presente trabajo examina-

remos los datos científicos disponibles acerca de los factores de riesgo, de la detección temprana y del coste-efectividad de la intervención precoz.

2. ¿Se pueden prevenir los trastornos mentales?

Además de la vulnerabilidad genética, hay muchos factores de riesgo de los trastornos mentales bien conocidos, para los cuales se podrían desarrollar medidas de prevención primaria. Entre ellos se encuentran el ambiente prenatal (por ejemplo la malnutrición, la exposición a drogas o a sustancias tóxicas, las infecciones a edades tempranas, el estrés materno durante el embarazo), las complicaciones en el parto, el parto prematuro, el traumatismo cerebral, el abuso de drogas, el cuidado negligente por parte de los padres, el abuso emocional, físico o sexual, el acoso, los entornos urbanos estresantes, la inmigración y la falta de estimulación (3, 12-15). Estos factores de riesgo se caracterizan por un «tamaño del efecto» (*effect size*) pequeño que parece aumentar la susceptibilidad para padecer un trastorno mental, pero no son suficientes por sí mismos para explicar su aparición (16-18).

Por lo general, es el efecto acumulado de factores de riesgo junto con la falta de factores protectores lo que conduce a la transición de un estado de salud a uno de enfermedad mental (19-21). Esto complica el panorama, pero al mismo tiempo ofrece la oportunidad de contar con más niveles de intervención (por ejemplo genético, biológico, familiar o social) bien para reducir el riesgo o bien para aumentar los factores de protección.

De especial importancia es el momento en el que ocurren los factores de riesgo o los protectores (como intervenciones preventivas). Durante la vida, existen periodos más sensibles en los que estos factores tienen un mayor impacto (22-25) y consecuencias a largo plazo (26-28). Estos incluyen el periodo prenatal, la infancia y la adolescencia hasta la primera etapa de edad adulta. La prevención centrada en estos periodos será por tanto más eficaz y tendrá mayores beneficios a largo plazo. No es una coincidencia que precisamente estas «ventanas de vulnerabilidad» se superpongan con los periodos donde se producen cambios importantes en el desarrollo cerebral. Entre ellos, el cambio de varios receptores, la mielinización, la poda y el desarrollo de redes cerebrales (29-32). La exposición precoz a factores estresantes, como el abuso infantil, la negligencia o la enfermedad mental de los padres, puede interferir en el desarrollo de regiones cerebrales involucradas en la regulación de las emociones (33) y conducir a una Salud Mental y física pobres (33). Por el contrario, la reducción de las tasas de abuso infantil (34) y la mejora del entorno familiar y social (35) pueden disminuir la aparición de trastornos mentales a lo largo de la vida (36).