

Salud mental y atención primaria

El abordaje de los trastornos de salud mental en el contexto de la atención primaria es fundamental, pues la atención primaria es la puerta de entrada de la gran mayoría de pacientes al sistema de salud. Se ha calculado que los centros de atención primaria atienden anualmente entre el 70-90% de su población y diferentes estudios indican que los trastornos mentales ocupan aproximadamente un 30% de los problemas de salud atendidos en atención primaria.

En la antigüedad las enfermedades mentales eran tratadas como un problema social, separado de cualquier problema de salud física, pero en años recientes se viene reconociendo el vínculo sumamente importante entre la buena salud mental y la buena salud general. De hecho, en 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definía “salud” como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El médico de cabecera acompañará al paciente durante toda su vida y frecuentemente será el testigo principal de esa estrecha relación entre salud mental y salud general.

En su informe del año 2002, la OMS subraya que el envejecimiento de la población y el incremento de los factores de riesgo como el paro, la pobreza, las migraciones, la carencia de apoyo familiar y social, el aumento del abuso de sustancias, la soledad y la ruptura de redes sociales, son aspectos que iban a contribuir al incremento de los trastornos mentales en los próximas décadas. Por estos motivos, la OMS propone articular y desarrollar intervenciones y programas desde la atención primaria para aportar estructuras asistenciales que desde una vertiente multidisciplinaria den respuesta de manera integral a las necesidades de fomento, prevención y tratamiento de los problemas de salud mental.

La asistencia integral y multidisciplinaria, la accesibilidad y el seguimiento longitudinal que se establece con el paciente, atribuye a la atención primaria el escenario perfecto, para atender a una población, a la cual no tiene acceso la atención especializada.

Las políticas gubernamentales abogan por una atención primaria que asuma cada vez más el tratamiento de pacientes con patologías psiquiátricas, fundamentalmente trastornos depresivos y ansiosos, y que puedan, a su vez, llevar a cabo una detección precoz de los trastornos mentales severos, como esquizofrenia y trastornos bipolares, pues se ha demostrado que la intervención temprana contribuye a una rápida recuperación del paciente, evita una evolución hacia una mayor gravedad y cronificación, favoreciendo una disminución del consumo de psicofármacos y de la automedicación, consiguiendo una mayor integración social del paciente.

En 1992, la Federación Mundial de la Salud Mental, en cooperación con la OMS, instituyeron el Día Mundial de la Salud Mental, a celebrar todos los 10 de Octubre, con la finalidad de promover la salud mental en la conciencia pública y aumentar la comprensión hacia los problemas de salud mental eliminando estigmas.

Este año, el Día Mundial de la Salud Mental 2009, con el lema “Salud mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental”, apuesta por consolidar la tendencia creciente referida con anterioridad, de integración de la salud mental en la atención primaria de salud. Es evidente, que para que todo ello funcione es necesaria esta conciencia pública, que va a precisar de la implicación de pacientes, familias, profesionales e instituciones públicas.

Dotar a los equipos de atención primaria de infraestructuras y recursos humanos suficientes, asegurando formación continuada y soporte por parte de los servicios especializados, y así mismo trabajar en estrecha colaboración con éstos, son las claves para rentabilizar mejor los recursos sanitarios y proporcionar una atención asistencial de más calidad al usuario.

Dra. M. Justo Simón
Centro de Salud Mental de Calella

La calidad de vida

Valorar la calidad de vida de una persona o tener como objetivo la mejora de la calidad de vida son ideas relativamente recientes en Salud Mental.

Pero se han ido consolidando como uno de los objetivos principales de todo tratamiento, incluso la Asociación Psiquiátrica Americana plantea que la mejora de la **calidad de vida** es el objetivo final del tratamiento en psiquiatría, más importante que la mejora clínica del paciente.

Habría antes que definir lo que significa calidad de vida y por lo pronto decir, que no es lo mismo que nivel de vida. Este está relacionado directamente con el status socioeconómico de la persona, mientras que la calidad de vida está más relacionada con el nivel de satisfacción de la persona, por un lado y con el nivel de consecución de las condiciones mínimas y derechos por otra.

Inicialmente, en sanidad, la calidad de vida era definida por una serie de criterios standard que eran establecidos desde fuera del paciente (condiciones de vida, materiales y familiares, laborales y de ocio, etc.) y, en la calidad de vida ligada a la salud se consideraban las condiciones objetivas de salud y el impacto de éstas en su condición de vida.

Con el tiempo esta idea ha ido evolucionando y últimamente la medida de la calidad de vida es una combinación de factores objetivos pero poniendo énfasis en los factores subjetivos, en las vivencias de la persona.

Las últimas escalas que miden la calidad de vida tienen en cuenta la opinión del profesional, de la familia y las vivencias del paciente.

La medida de la calidad de vida no sólo sirve para valorar el impacto de la enfermedad en la persona sino que pasa a ser un objetivo a compartir con el paciente, en el que el paciente debe participar y determinar hacia dónde deben de ir los esfuerzos terapéuticos y rehabilitadores.

El estigma

A través del estigma, que en griego se llamaba a la marca que se hacía a los esclavos en su cuerpo para ser fácilmente reconocidos, se crea discriminación.

A través del estigma, que en griego se llamaba a la marca que se hacía a los esclavos en su cuerpo para ser fácilmente reconocidos, se crea discriminación. La enfermedad mental carga el estigma de la incapacidad, de la irresponsabilidad y de la violencia.

La utilización peyorativa de palabras como idiocia o imbecilidad que son grados de retraso mental, hasta la de loco o locura que tiene que ver con la enfermedad mental o las más modernas de enfermo mental, perturbado mental, esquizofrénico, maníaco, histérico, etc. participan en situar a las personas que sufren estas afecciones en un lugar depreciado.

A menudo en los medios de comunicación, en cualquier tema que se trate, se utilizan palabras de este tipo para calificar (más bien descalificar) a alguien o para definir una situación como carente de razón, de sentido, de lógica.

También en cualquier acto en el que está presente la violencia se invoca inmediatamente la enfermedad mental como causante. Sólo de esta manera se podría dar razón a lo no razonable.

Últimamente el cine de terror está basado en actitudes de mucha violencia que son narradas en clave de enfermedad mental.

Y es ésta la idea que predomina en la comunidad, una tendencia a asociar enfermedad mental en violencia cuando está demostrado que no hay diferencia entre la violencia de las personas llamadas normales y las personas que padecen una enfermedad mental. Más bien el enfermo mental atenta contra la propia vida que no contra la de los demás.

Evidentemente este no es el escenario adecuado para la inserción social del enfermo mental. Este plus de dificultad justamente en aquello que el enfermo mental más precisa, la normalización de la vida cotidiana va en contra de la rehabilitación de estas personas.

Las personas con enfermedad mental deben tener igualdad de oportunidades y plenos derechos como cualquier otro ciudadano.

Y en esta meta es necesaria la participación de todos.

Igualdad de oportunidades de vivir con dignidad

Para una convivencia pacífica, solidaria y tendiendo a la equidad es imprescindible que la sociedad y cada uno de sus ciudadanos en concreto mantengan un trato respetuoso con los diferentes colectivos que la componen.

Algunos de estos colectivos se caracterizan por ciertas diferencias en relación a aquello que el grupo social define como el patrón de la normalidad.

Los que estarían incluidos dentro del “patrón de normalidad” son aquellos que teóricamente poseen el máximo de capacidades y garantizarían un pleno rendimiento y armonía. Este es el grupo que está en posesión de los plenos derechos y tiene a su alcance el máximo de las oportunidades. Actúa sobre el retal de los derechos de los demás, sea por una cuestión estrictamente cultural o bien por defender y perpetuar unos privilegios o defenderse de unas supuestas amenazas a su status quo o a su tranquilidad cotidiana.

El mantenimiento de estos diferentes derechos desiguales de los colectivos en nuestra sociedad viene dado por la vía de tener acceso o poseer conocimientos, del poder que confieren el dinero, por pertenecer a una determinada cultura o hablar una determinada lengua, por tener o no tener unas determinadas enfermedades, por ser autóctono en oposición a ser foráneo, por pertenecer a una raza, por tener una determinada inclinación sexual, por ser demasiado joven o demasiado mayor e incluso por ser hombre o mujer.

Como consecuencia de todo esto no hay una verdadera igualdad de oportunidades de vivir en igualdad, igualdad de oportunidades para un reconocimiento y una integración social, igualdad de oportunidades para poseer las herramientas necesarias por estar en pie de igualdad de condiciones con la misma facilidad que los colectivos más favorecidos.

Para modificar estas desiguales oportunidades se requieren unos factores de corrección, un facilitar los caminos y reconducir los vientos para que la nave llegue a puerto en condiciones adecuadas para vivir de manera normalizada.

Tratándose de los enfermos mentales en concreto, más allá de las dificultades propias que la enfermedad produce es el funcionamiento y la estructura social la que pone en evidencia el grado de minusvalía. La sociedad todavía no favorece lo suficiente la participación ni la creación de oportunidades que generen igualdad, que generen plenos derechos de ciudadano, de convivencia social, de acceso al mundo del trabajo, de acceso a una vivienda digna o de compartir la vida asociativa comunitaria.

El estigma que este colectivo sufre no está sencillamente arraigado en la carencia de información, aun cuando también colabora negativamente sino que está arraigado en las personas, en las familias, en la sociedad misma. Muchos de los mitos sobre el enfermo mental especialmente el de la violencia y el de la incapacidad son transmitidos de unos a otros, en las familias, en los medios de comunicación, en el cine, etc. contaminando todas las actividades sociales.

Esto genera un trato desigual, de prevención y prejuicio, de exclusión que se pone de manifiesto en los pequeños gestos de la convivencia cotidiana y también evidentemente en la normalización de una convivencia social, laboral, asociativa, etc.

Intentar que el enfermo mental recupere algunas funciones malogradas es importante pero lo que realmente posibilita la integración de este colectivo es ir en la dirección de fomentar igualdad de oportunidades y participación en el tejido social.

El éxito de los tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos, el éxito de los tratamientos rehabilitadores, sólo es posible en el contexto de una integración social y esta sólo es posible potenciando la participación y favoreciendo oportunidades.

Crear lugares de vida (familia o instituciones sustitutivas, diferentes tipos de vivienda, clubes sociales, etc.), facilitar el acceso al mundo laboral (en sus diferentes formas, desde la formación, pasando por el trabajo protegido hasta el mundo laboral normalizado), potenciando la convivencia asociativa en el tejido comunitario, posibilitando la expresión de sus necesidades y sus deseos, etc. son las herramientas dónde se debe poner el énfasis si lo que se pretende es la integración social y la mejora de la calidad de vida del enfermo mental.

Respetar la diferencia es generar igualdad de oportunidades y posibilitar la participación de los colectivos no favorecidos. Es el caso de los enfermos mentales.

Pero esto sólo es posible con un compromiso de todos y en un clima de respeto.

Niños y adolescentes

Los problemas psíquicos también aparecen en los niños y adolescentes, y pueden perturbar su desarrollo y un armónico paso hacia la vida adulta. Pueden ir desde las consecuencias de pequeñas disfunciones subjetivas familiares, hasta enfermedades graves que afectan al niño o adolescente.

Si bien, a lo largo de toda esta etapa es posible que aparezcan trastornos psíquicos, hay algunos momentos de especial vulnerabilidad. Esto puede pasar por momentos evolutivos especiales, o bien por situaciones personales, o del entorno singular que aumentan la vulnerabilidad.

Son de especial atención los acontecimientos surgidos en la primera infancia y en la adolescencia, dos momentos evolutivos que por las implicaciones que tienen en el desarrollo psíquico, deben ser objeto de especial atención. Las alteraciones que pueden surgir en estas dos etapas, pueden indicar un trastorno de la salud mental.

Por ejemplo, durante la primera infancia es cuando se pueden detectar trastornos mentales graves, como el autismo y psicosis infantil, o bien retrasos específicos del desarrollo.

En la etapa adolescente es cuando pueden aparecer trastornos psicóticos, trastornos de la alimentación, trastornos graves de conducta y consumo de tóxicos.